Nr. 29. 20. lipca 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Poznań (Petersburg).

Wakcynoterapja duru brzusznego (podskórna i śródżylna).

Ze Szpitala Obuchowskiego w Petersburgu (lekarz naczelny A. Nieczajew), ze Szpitala zakaźnego w Saratowie i Zakładu bakterjologji Uniwersytetu saratowskiego, (dyr.: prof. A. Bierdnikow).

Cechą najbardziej charakterystyczną zabiegów leczniczych w durze brzusznym jest konsekwentne stosowanie ogólnej zasady leczenia wszelkich spraw zapalnych — spokoju ogniska chorobowego. Wynikająca stąd bierność lekarza, brak wszelkiej możliwości czynnego oddziaływania na przebieg sprawy chorobowej, pchały badaczy do wynalezienia sposobów bardziej czynnego wpływania na sprawę zasadniczą.

Wykrycie laseczników durowego skierowało te dążenia w stronę leczenia swoistego. Pierwsze tego rodzaju próby odnoszą się do dwu ostatnich dziesięcioleci ubiegłego stulecia.

Rozbiór patogenezy duru brzusznego, jako sprawy chorobowej o naturze endotoksycznej, prowadzi do wniosku, że leczenie bierne — seroterapja, z góry wzbudza wątpliwości co do jej wartości leczniczej. Stosowanie surowic, jakkolwiek z wynikiem dodatnim, dokonane na stosunkowo małej liczbie spostrzeżeń (Chantemesse, Besredka, Rodet et Lagriffoule i inni), nie znalazło szerszego uznania i nie jest obecnie stosowane w szerszym zakresie.

Wakcynoterapja duru brzusznego po raz pierwszy zastosowana w r. 1893 przez E. Fränckel'a na drodze wstrzykiwań podskórnych, dodatnio oddziaływała na przebieg sprawy chorobowej; jako szczepionki użyto hodowli dobowych laseczników durowych, zabitych przez ogrzewanie przy 63°. W następnej pracy w r. 1902. Petruschky stosował t. zw. »typhoinę« — zabite hodowle laseczników durowych; wynik leczniczy jego spostrzeżeń był dodatni. W dalszym ciągu okres prac Wright'a nad wakcynoterapją pobudza badaczy (przeważnie angielskich i amerykańskich) do stosowania jej na szerszą skalę. Liczba prac poświęconych wakcynoterapji duru brzusznego wzrasta, w myśl zasadniczych prac Wright'a; początkowo stosowano zabite przez ogrzewanie hodowle płynne laseczników durowych na buljonie z dodatkiem kwasu karbolowego. Autorzy francuscy stosowali przeważnie szczepionkę uczuloną Besredki.

Znaczne natężenie chorób zakaźnych w okresie wojny wszechświatowej 1914—1919 r. wysunęło na widownię sprawę leczenia swoistego i liczba spostrzeżeń nad wakcynoterapją duru brzusznego, przeważnie w Niemczech i Austrji, pokaźnie wzrasta.

Zaciekawienie wakcynoterapją duru brzusznego w ciągu kilku lat ostatnich w znacznym stopniu związane jest ze sprawą zastosowania przez S. Ichikawa w r. 1912. metodyki wstrzykiwań śródżylnych. Przytoczone przezeń spostrzeżenia udowodniły niezaprzeczalnie możliwość leczenia poronnego i zakończenia przełomowego duru brzusznego. Spostrzeżenia S. Ichikawa zostały następnie stwierdzone przez szereg autorów.

Pomijając szczegółowe przedstawienie odnośnego piśmiennictwa*), co uczynię w pracy obszerniejszej, przechodzę do własnych badań.

Spostrzeżenia własne nad wakcynoterapją duru brzusznego prowadziłem od r. 1913, początkowo w Petersburgu, następnie w Saratowie.

Metodyka przygotowania szczepionki. Stosowałem dwa rodzaje szczepionki: 1) według Kolle-Pfeiffer'a, dobowe pożywki agarowe, zabite przez ogrzewanie z dodatkiem kwasu karbolowego i 2) według A. Bierdnikowa, zabite przez zastosowanie dla skłócenia szczepionki rozczynu $^1/_4$% optochiny (aethyl hydro-cuprein'y) bez ogrzewania i dodawania kwasu karbolowego. Zastosowanie rozczynów optochiny do przygotowania szczepionki znacznie ułatwia technikę, daje możność uwzględnienia własności indywidualnych drobnoustroju.

Do sprawdzenia wyników wakcynoterapji badanie wskaźnika pochłonnego (indicis opsonici) nie było stosowane, gdyż obecnie nawet zapaleni jego obrońcy (Wright, Allen, Strubel, Reiter) uznają możliwość stosowania wakcynoterapji bez stałego określania wskaźnika pochłonnego. Złożona technika określania wskaźnika pochłonnego, której wyniki zależą od szeregu różnorodnych czynników, często nie podlegających dokładnemu określeniu, była konieczną do opracowania podstaw teoretycznych wakcynoterapji; obecnie należy ją stosować wyłącznie do badań naukowych nad zagadnieniami wakcynoterapji, lecz określanie wskaźnika pochłonnego, jako sposób stałej kontroli wyników leczniczych, nie jest możliwe do przeprowadzenia w szerszym zakresie ze względów praktycznych. Pomijając całkowicie zarzuty teoretyczne, jakie tę metodę spotkały w chwili jej powstania i są wypowiadane dotąd, muszę zaznaczyć, że każdy lekarz obserwujący chorego z dnia na dzień, niekiedy nawet z godziny na godzinę, dostrzegający najmniejsze zmiany w stanie ogólnym chorego i w przebiegu poszczególnych objawów sprawy chorobowej, przy określeniu dawki szczepionki i ocenie wyników leczniczych w większym stopniu będzie polegał na danych własnego spostrzegania, aniżeli na metodzie określania wskaźnika pochłonnego. Nadto dur brzuszny ma tyle objawów klinicznych, że w nim w większym stopniu, niż w innych sprawach chorobowych, można polegać na danych spostrzeżenia klinicznego.

W pracy swej stosowałem wstrzykiwania podskórne i śródżylne szczepionek swoistych i nieswoistych.

I. Wstrzykiwania podskórne stosowałem w 132 przypadkach (szczepionka według Kolle'go — 51 przyp., według A. Bierdnikowa — 81 przyp.) w okolicę brzucha i ramion. Na podstawie własnego doświadczenia opracowałem następujący szemat stosowania szczepionki u dorosłych: pierwsze wstrzyknięcie — 250 miljonów, drugie — 500 milj., trzecie — 750 milj., czwarte — 1 miljard i w następnych wstrzykiwaniach ta sama dawka. W zależności od własności poszczególnych przypadków dawkę indywidualizowałem. Najczęściej wstrzykiwania wykonywałem co drugi dzień; jako reguła następne wstrzykiwanie stosowałem po zupełnem ustąpieniu objawów odczynowych, wywołanych przez poprzednie. Wstrzykiwania zwykle stosowałem do spadku ciepłoty.

Odczyn miejscowy spostrzegałem w 92% wstrzykiwań miał on zwykłe cechy zapalne. Odczyn ogólny zaznaczał się przez podniesienie ciepłoty o 1,0—1,5°; odczynu ogniskowego wcale nie było — objawy rozwolnienia nie wzmagały się. Spostrzeżenia porównawcze wykazały, że stosowanie szczepionki optochinowej połączone jest z nieco mniejszem natężeniem objawów odczynowych miejscowych.

Wypadkowe stosowanie szczepionki w różnych chorobach zakaźnych, błędnie rozpoznawanych jako dur brzuszny (grypa, dur plamisty i powrotny), nie dało objawów odczynowych silniejszych, niż to spostrzegano w durze brzusznym.

Doświadczenie na zasadzie 550 wstrzykiwań na chorych durowych daje prawo do twierdzenia o zupełnej nieszkodliwości podskórnego stosowania szczepionki durowej.

Rozpoznawanie duru brzusznego w moich spostrzeżeniach **potwierdzałem** przez badanie bakterjologiczne lub serologiczne.

---

*) por. L. Karwacki. (O leczeniu przyczynowem duru brzusznego. Odczyt kliniczny 1916. Serja XXI 2. 5—6).

Największy odsetek chorych (85%) wypadał na wiek od 15—30 roku życia.

Podając dane cyfrowe wyników leczniczych wakcynoterapji, muszę zaznaczyć, że wrażenie podmiotowe, jakiego doznawałem było wyraźniejsze, niż te cyfry. W przypadkach szczepionych samopoczucie chorych było lepsze, wysokość ciepłoty mniejsza, wahania ciepłoty znaczniejsze, objawy zatrucia (intoxicatio) słabsze.

Okres gorączkowy u chorych szczepionych trwał przeprzeciętnie 21,6 dni, u chorych leczonych objawowo (252 przypadki) — 23,57, różnica więc bardzo mała.

TABELA I.

	Liczba przypadków	Dzień zastosowania wakcynoterapji	Długość okresu gorączkowego	
I. grupa	1	3	17,0 dni	18,9 dni
	4	4	18,5 «	
	5	5	18,3 «	
	7	6	21,8 «	
II. grupa	43	7 — 8	22,7 «	23,4 dni
	46	9 — 10	22,5 «	
	16	11 — 12	25,2 «	
	8	13 — 14	27,8 «	
	2	15 i później	23,5 «	

O ile rozejrzymy się w tablicy I. — zobaczymy, że wynik leczniczy wakcynoterapji zależy od dnia choroby, w którym rozpoczynamy jej stosowanie; im wcześniejsza jest chwila rozpoczęcia, tem lepszy jest skutek i tem krótszy jest okres gorączkowy choroby. Wyraźne tego potwierdzenie mamy w podziale materjału tab. I. na dwie grupy — pierwszą, gdzie szczepionkę stosowano do 6 dnia włącznie, z długością okresu gorączkowego 18,9 dni, i drugą — po 6-tym dniu, z długością tego okresu23,7 d.

Ośrodek ciężkości wakcynoterapji podskórnej wobec tego winniśmy przenieść na sprawę możliwie wczesnego rozpoznawania duru brzusznego, w celu natychmiastowego zastosowania zabiegu.

Powikłania przebiegu duru brzuszego w przypadkach szczepionych, nie różniły się prawie od powikłań w przypadkach nie leczonych swoiście.

Na ogólną liczbę 132 spostrzeganych przypadków zejście śmiertelne nastąpiło w 9, w tem wskutek powikłań jelitowych (krwotoki, przedziurawienia) — 5, zapalenia płuc zrazikowego obustronnego — 2, zatrucia durowego — 1, zapalenia płuc włóknikowego — 1. Z tych 9 zejść śmiertelnych, 2 nie mogą być uzależnione przyczynowo od duru brzusznego (zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia wrzodu żołądka i zapalenie płuc włóknikowe); pomimo to w dwu przypadkach zastosowane było tylko jedno wstrzykiwanie szczepionki, co przy sposobie podskórnym, wymagającym stałego i stopniowego uodparniania, oczywiście jest niedostateczne dla wywarcia wpływu leczniczego. O ile zechcemy określić odsetek śmiertelności i skreślimy z przyczyn wymienionych te cztery przypadki — otrzymamy śmiertelność przypadków leczonych szczepionką swoistą 3,8%. Jednocześnie przeciętna śmiertelność szpitalna wynosiła 7,5%.

Nawroty choroby występowały u chorych leczonych szczepionką w 6,5%, zamiast 9,37% spostrzeganych u reszty chorych, przebieg był krótszy — 5,9 dnia (u reszty chorych 11 dni), łagodniejszy, o mniejszym stopniu natężenia objawów jelitowych. Zejść śmiertelnych w okresie nawrotów nie miałem.

Streszczając wyniki leczenia swoistego duru brzusznego za pomocą wstrzykiwań podskórnych, winniśmy stwierdzić, że, jakkolwiek osiągamy przez nie wyniki dodatnie (skrócenie okresu gorączkowego, zmniejszenie śmiertelności i t. d.), jednakże nie zmienia to naszych, dawnych ustalonych poglądów na leczenie duru brzusznego; stosowanie wstrzykiwań podskórnych szczepionki swoistej winno być uznane jako zabieg leczniczy pomocniczy.

II. Metodyka wstrzykiwań śródżylnych. Własny materjał składa się z 54 przypadków (z tego w 11 stosowano szczepionkę według Kolle'go, w 49 według Bierdnikowa), w których do żyły w przegubie łokciowym powoli wstrzykiwałem szczepionkę w dawce od 50 do 360 miljonów drobnoustrojów; dawka najczęściej stosowana 100—160 miljonów. W przeważającej liczbie przypadków (49) zastosowałem wstrzykiwanie jednorazowe i tylko w 5 przypadkach dwukrotne.

Odczyn ogólny ustroju na wstrzykiwanie śródżylne zawiesiny bakteryjnej występuje w postaci szeregu objawów, na czoło których należy wysunąć wahania ciepłoty i zmiany w czynności serca. W 15—30' po wstrzykiwaniu występuje dreszcz, w przeważnej liczbie przypadków wstrząsający, podobny do zimniczego, trwający około pół godziny, któremu towarzyszy znaczne podniesienie ciepłoty — 40 do 41° i nawet wyżej. W 1—2 godziny po ustąpieniu dreszczu ciepłota zaczyna spadać i przeważnie (60%) spada do normy i niżej w ciągu 8—10 godzin.

Znaczne podniesienie ciepłoty wymaga natężonej pracy serca — tętno podnosi się do 120—130 i wyżej na minutę, niekiedy występują objawy niedomogi mięśnia sercowego (tętno miękkie, tony serca głuche). W czynności serca z wyraźnie występującemi zmianami anatomicznemi, jako też serca czynnościowo upośledzonego, chociażby nawet w wyniku sprawy durowej, mogą w okresie odczynu na wstrzykiwanie śródżylne, nastąpić zaburzenia poważniejsze. W 3 własnych przypadkach zmuszony byłem w tym okresie używać środków podniecających czynność mięśnia sercowego. Ze spadkiem ciepłoty zaburzenia czynności serca ustępują, inne objawy występujące w okresie odczynowym nie posiadają tych cech stałości, co wymienione. Natężenie odczynu (t°, czynność serca) nie stoi w stosunku bezpośrednim do dawki szczepionki.

Objawów ogniskowych jelitowych nie spostrzegałem, odwrotnie, bardzo często po wstrzykiwaniu objawy jelitowe ustępowały. Przedziurawień wrzodów jelitowych nie miałem, krwotok jelitowy o pomyślnym przebiegu spostrzegałem jeden raz.

Objawy odczynowe w obu rodzajach stosowanej szczepionki były jednostajne.

Wartość lecznicza metodyki śródżylnej cechuje się możliwością osiągnięcia zakończenia poronnego duru brzusznego. Wyleczeniu przełomowemu, następującemu po przebyciu zaznaczonego wyżej odczynu, towarzyszy ostateczny spadek ciepłoty i szybkie ustępowanie objawów chorobowych.

A. Jednokrotne wstrzykiwanie szczepionki dało wyniki przedstawione na tablicy II., wykazującej w ile dni po śródżylnem wstrzykiwaniu ciepłota ostatecznie spadła do normy:

TABELA II.

W	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dni po wstrzyk.
w	3	7	4	4	1	3	2	2	2	—	3	przypadkach

Materjał swój mogę podzielić na trzy następujące grupy:

1) Przełomowy spadek ciepłoty (nie później nad 2 doby po wstrzykiwaniu) spostrzegałem w 25% przypadków; okres choroby, w którym stosowałem wstrzykiwanie śródżylne, nie miał żadnego znaczenia dla osiągnięcia wyniku leczniczego. Przełomowy spadek ciepłoty miałem możność stwierdzić we wszystkich okresach duru brzusznego, poczynając od 8-go dnia choroby. Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty w licznych przypadkach polepszał się ogólny stan chorego i objawy ogniskowe, np. zapalenie płuc zrazikowe. Powikłań, występujących po zastosowaniu wstrzykiwania śródżylnego, pomimo 1 przypadku zapalenia miedniczek, nie miałem.

2) Przyśpieszone zakończenie lityczne

w ciągu 3—6 dni po wstrzykiwaniu śródżylnem spostrzegałem w 18,5% w różnych okresach choroby, zaczynając od 10 dnia; wahania ciepłoty w okresie litycznym są nader rozmaite i nie mogą być szematyzowane; należałoby w tym celu podać długi szereg krzywych ciepłoty, co na tem miejscu nie jest możliwem. W całej tej grupie przypadków miałem jedno jedyne spóźnione powikłanie — psychozę (po paru tygodniach normalnej ciepłoty) o zakończeniu pomyślnem. W ciężkich przypadkach duru brzusznego ze znacznem natężeniem intoksykacji (majaczenie, status typhosus), po zastosowaniu wstrzykiwań objawy te szybko ustępowały; we wszystkich przypadkach (z wyjątkiem jednego), w chwili zastosowania wstrzykiwania śródżylnego, nie było żadnych powikłań umiejscowionych w narządach; w tym jedynym przypadku objawy zapalenia płuc zrazikowego zaczęły szybko ustępować po wstrzykiwaniu.

3) Przypadki bez zmniejszenia długości okresu gorączkowego (ogólna liczba — 21, co się równa 47,25%) należy podzielić na 2 części:

a) 6 przypadków, w których ciepłota po wstrzykiwaniu śródżylnem szczepionki spadała, lecz następnie, z powodu powikłań występujących w późniejszym okresie (np. ropowica, przyusznica, zapalenie ucha środkowego i t. d.), znów podnosiła się na okres czasu różnej długości. Z tego wniosek — stosowanie szczepionki nie wyklucza wystąpienia powikłań duru brzuszego.

b) 15 przypadków, w których albo w chwili wstrzykiwania śródżylnego istniały powikłania (najczęściej zapal. płuc zrazikowe), albo też, przy braku jakichkolwiekbądź powikłań ciepłota, ogólny przebieg sprawy chorobowej i długość okresu gorączkowego nie różniły się od zwykłego przebiegu duru brzusznego; pewne obniżenie ciepłoty po wstrzykiwaniach śródżylnych spostrzegano i w tych przypadkach. Nawroty spostrzegałem 2 razy.

Z zestawienia danych wakcynoterapji grupy trzeciej z dwoma poprzedniemi wynika, że istnienie w chwili stosowania wstrzykiwania śródżylnego powikłań, umiejscowionych w narządach, stanowi przeszkodę do osiągnięcia zakończenia poronnego.

4) Zejść ś iertelnych miałem na 49 przypadków — 4. W żadı :n z nich powikłania jelitowe nie były przyczyną śmierci

B. Dwukr tne wstrzykiwanie śródżylne stosowałem w 5 przypadkach, w których po pierwszem wstrzykiwaniu ciepłota nie spadała; w dwóch przypadkach niepowikłanych wynik leczniczy był zupełny, w dwóch następnych, powikłanych przez zapalenie płuc zrazikowe, przebieg sprawy chorobowej był przewlekły, z pewnem obniżeniem poziomu ciepłoty; jeden przypadek o zejściu śmiertelnem, od początku miał przebieg ciężki, z objawami osłabienia mięśnia sercowego.

Odczyn ustroju na powtórne śródżylne wstrzykiwanie szczepionki, w rysach zasadniczych nie różnił się od spostrzeganego zwykle przy pierwszem wstrzykiwaniu.

C. W 6 przypadkach innych spraw zakaźnych (dur plamisty i powrotny, zapalenie płuc włóknikowe) zastosowałem śródżylne wstrzykiwanie szczepionki durowej. Po odczynie ogólnym, w zupełności odpowiadającym wyżej opisanemu i po spadku ciepłoty, występowało nowe jej podniesienie i dalszy przebieg sprawy chorobowej w postaci dla niej właściwej; poronnego ukończenia sprawy w żadnym przypadku nie spostrzegałem.

Przeciwwskazaniem zasadniczem do stosowania metodyki wstrzykiwań śródżylnych jest słabość serca, wynikająca z zaburzeń organicznych. Na podstawie własnego doświadczenia dochodzę do wniosku, że metodyka śródżylnych wstrzykiwań szczepionek, wymagająca wielkiej ostrożności w dobieraniu stosownego materjału, w chwili obecnej nie może być stosowana w szerszym zakresie. Stosowanie jej dopuszczalne jest wyłącznie w zakładach klinicznych i szpitalnych, pod ścisłym i stałym dozorem i kontrolą personalu wyszkolonego.

III. Wakcynoterapja nieswoista (heterobakterjoterapja i heteroproteinoterapja). Na podstawie naszej współczesnej wiedzy o zakażeniu i odporności, nie mamy możności objaśnić poronnego zakończenia duru brzusznego po wstrzykiwaniu śródżylnem. Wyleczenie, występujące niekiedy w ciągu 6—8 godzin po zastosowaniu wstrzykiwania śródżylnego, nie może być wynikiem nagromadzenia swoistych niweczników. Dalsze badania wykazały, że poronne zakończenie duru brzusznego, podobne do podanego wyżej, może być osiągnięte przez wstrzykiwanie śródżylne szczepionek nieswoistych, np. b. coli (R. Kraus), wyciągów bakteryjnych (Gröer, Kraus) i różnorodnych ciał białkowych. Te zabiegi lecznicze przez Kraus'a nazwane były heterobakterjoterapją i heteroproteinoterapją. W durze brzusznym zakończenie poronne spostrzegano po zastosowaniu śródżylnem szczepionek laseczki okrężnicy, duru rzekomego B, czerwonki, gonokoków, gronkowców, przecinkowca cholery azjatyckiej i t. d. (R. Kraus, Galambos, Lüdke i inni) i ciał białkowych — peptonu, albumozy, deuteroalbumozy (Kraus. Lüdke, Störek, Nolf i inni). W niektórych innych sprawach zakaźnych leczenie nieswoiste dało wynik dodatni, np. gorączka połogowa (Mazza, Enriquez, Grapiolo, Irribarne i inni).

Na materjale własnym zastosowałem w 5 przypadkach duru brzusznego szczepionkę okrężnicową i w 1 przypadku paratyfusu B — szczepionkę durową. Szczepionkę okrężnicową jednowartościową, zabitą przez ogrzewanie do 58° w ciągu 2 godzin, zawierającą 100 milj. drobnoustrojów w 1 cm³, wstrzykiwałem w ilości 30—60 milj. wyłącznie jednokrotnie. Odczyn ogólny w tych wstrzykiwaniach, jakkolwiek nieco słabszy, jednakże ten sam, co po wstrzykiwaniu szczepionki durowej. W 4 przypadkach ciepłota spadła do normy (w 2 przyp. przełomowo, w 2-ch zaś dalej zakończenie przyśpieszone lityczne), jednocześnie poprawa stanu ogólnego i szybki powrót do zupełnego zdrowia, bez powikłań. Dzień zastosowania wstrzykiwania nie miał znaczenia dla wyniku ostatecznego. W 1 przyp. ciepłota spadła do 37,5, następnie znów podniosła się do poziomu poprzedniego i nie zniżała się do śmierci chorego w ciągu 2 dni (w chwili wstrzykiwania chory miał objawy zapalenia płuc zrazikowego).

W przypadku paratyfusu B, po jednokrotnem wstrzykiwaniu 60 milj. szczepionki durowej w 8-mym dniu choroby, na 10 dzień chory miał już ciepłotę normalną i szybko powrócił do zdrowia.

Potwierdzając na podstawie nielicznych spostrzeżeń (dalsze są w toku) fakt możliwości osiągnięcia wyniku leczniczego poronnego w durze brzusznym sposobem śródżylnego stosowania szczepionki nieswoistej, nie zatrzymując się dłużej nad szczegółami wypowiadanych przez autorów poglądów i koncepcji teoretycznych (aktywacja protoplazmy — Weichardt, wstrząs anafilaktyczny — Biedl, Lüdke, oddziaływanie zaczynów krwi — Mauté i inne), muszę zaznaczyć, że objaśnienie tych wyników leczniczych nastąpi poza tradycyjnym poglądem na wyleczenie w chorobach zakaźnych, jako na wynik oddziaływania swoistych niweczników. Do tego wniosku dochodzę na podstawie własnych spostrzeżeń (wspólnie z dr. Tatarinowem i jeszcze nie ogłoszonych drukiem) i szeregu wskazówek w piśmiennictwie, wykazujących, że dodatni lub ujemny wynik leczniczy po śródżylnem zastosowaniu bądź swoistych, bądź nieswoistych szczepionek, nie znajduje się w żadnym związku z ilością niweczników.

Wnioski:

1) Do przygotowania szczepionek można stosować skłócanie rozczynem optochiny o różnej koncentracji; różny stopień wrażliwości drobnoustroju względem optochiny pozwoli indywidualizować przygotowanie, stosując to największe rozcieńczenie, którego starczy do zabijania bakterji.

2) Wobec braku łatwej i wiarogodnej metodyki badania wyników klinicznych wakcynoterapji, sprawdzenie ich może opierać się na danych spostrzeżeń klinicznych (ogólny przebieg choroby, objawy ogniskowe).

3) Wakcynoterapji podskórnej duru brzusznego towarzyszy słaby odczyn ogólny, miejscowy i ogniskowy, pozbawiony jakichkolwiekbądź skutków ujemnych. Jej wy

niki lecznicze nie są jaskrawe, jednakże: a) natężenie zatrucia i ciepłota są niższe, b) długość okresu gorączkowego w przypadkach wczesnego stosowania szczepionki jest mniejsza, d) nawroty występują rzadziej, mają przebieg krótszy i lżejszy. Dla osiągnięcia wyraźnego wyniku leczniczego, konieczne jest możliwie wczesne, systematyczne stosowanie szczepionki. Metodyka podskórna może być bezpiecznie stosowana w szerszym zakresie.

4) Śródżylna wakcynoterapja duru brzusznego daje możność osiągnięcia wyniku leczniczego poronnego (w 25% przełomowe zakończenie sprawy, w 18,5% przyśpieszone zakończenie lityczne i w 47,25% brak oddziaływania na sprawę chorobową). W odczynie ogólnym na wstrzykiwanie śródżylne, jako objaw główny występuje dreszcz wstrząsowy, występujący w 20—40' po wstrzykiwaniu, trwający około 30', po którym ciepłota spada do normy, albo nawet niżej. W przypadkach pojedynczych, w okresie odczynu ogólnego, występują objawy słabości serca. Zakończenie poronne możliwe jest w każdym dniu choroby. Najlepszy wynik leczniczy otrzymujemy w przypadkach bez powikłań ogniskowych.

5) Przeciwwskazaniem bezwzględnem do zastosowania wstrzykiwania śródżylnego jest organiczne cierpienie serca lub jego słabość w wyniku sprawy durowej.

6) Metodyka śródżylnych wstrzykiwań może być stosowana wyłącznie w zakładach leczniczych i przez osoby w należytym stopniu przygotowane.

7) Wynik leczniczy poronny można otrzymać, stosując śródżylnie szczepionki nieswoiste (b. coli).

8) Wynik leczniczy wstrzykiwań śródżylnych wywiera działanie nieswoiste (heteroproteinoterapja).

* * *

W pracy niniejszej nie mam możności szczegółowego przedstawienia odnośnego piśmiennictwa, własnych spostrzeżeń i krzywych ciepłoty, pozostawiając to do specjalnej pracy o większej objętości.

Dr. Benedykt ZIEMILSKI. Lwów.

Znaczenie obrazu krwi „według Schillinga" dla rozpoznania i rokowania*).

Nowoczesna praca kliniczna przekazuje coraz częściej praktyce ogólnej metody badania proste, szybko wykonalne, oraz przedstawiające wiele realnych korzyści w praktycznem zastosowaniu. Do takich metod coraz częściej stosowanych, należy cytologiczne badanie krwi, od niedawna dopiero popularne. Dotychczasowa metodyka, polegająca na liczeniu czerwonych i białych ciałek melanżerami i różnicowaniu neurofilów, eozynofilów, mono- i limfocytów, posiada swoje dawno uznane znaczenie. Wnioski, których dostarcza, posiadają wartość stałą. Był nawet czas [Sonnenburg 1)], kiedy podjęcie zabiegu operacyjnego (appendicitis) uzależniano od ilości leukocytów. Wkrótce jednak poznano granice, do których sięgała skuteczność tej metodyki. Ponieważ stwierdzono leukocytozy neutrofilne w olbrzymiej ilości chorób gorączkowych w okresie nasilenia, limfocytozy w okresie zdrowienia, ogólne leukopenje przy ciężkich, kończących się skonem, zakażeniach, postawiono słuszną w zasadzie teorję walki fagocytujących leukocytów z zarazkiem. Niewytłumaczalnem było jednak, dlaczego czasem śmiertelne zejście następowało przy silnej leukocytozie, czasem zaś przy silnej leukopenji. Badanie krwi musiało zawieść w przypadku niskiej ogólnej liczby białych ciałek, w związku z niejasnemi objawami jak np. brakiem gorączki, a silnym bolem w brzuchu i t. d., które niekiedy spostrzegamy przy zapaleniu otrzewnej, po przebiciu zropiałego wyrostka, nie wiemy wtedy, czy mamy do czynienia z bardzo lekkim, czy bardzo ciężkim stanem. Pomyłki tego rodzaju spotykamy często w literaturze. Także i stosunek względny limfocytów do neutrofilów [Krebs 2)] i neutrofilów do ogólnej liczby Walker 3) nie rozjaśniły sprawy. Z pewnością jest neutrofilja złym, limfocytoza dobrym znakiem. Mnożą się jednak spostrzeżenia niezmienionego stosunku przy pogorszającym się stanie (p. djagram 1), a nawet limfocytoz tuż przed skonem, (także spostrzeżenia własne) oraz silnych leukocytoz neutrofilnych przy sprawach łagodnie przebiegających (angina catarrhalis) i proteinoterapji leczniczej. Toteż w praktyce mało korzystano z badania krwi i z wyjątkiem paru cierpień (malarja, trichinosis, ty. abd.) nie przypisywano mu decydującego znaczenia.

Już dawno Türk 4) zwrócił uwagę na neutrofile z jądrami piknotycznemi, ciemnemi, przy sprawach gorączkowych (»Fieberzellen«) a Naegelli 5) opisał degeneracyjne zmiany w neutrofilach (większą zasadową barwliwość pierwoszczy, wakuole i t. d.) przy posocznicy, grypie i durze brzusznym, nie ujęto jednak tych zjawisk w cyfry, chociaż w spostrzeżeniach Türka kryła się zapowiedź późniejszego, niezmiernie wartościowego postępu. Dopiero Arneth 6) na podstawie systematycznych i żmudnych badań doszedł do klasyfikacji neutrofilów tłumaczącej wiele niezrozumiałych dotychczas zjawisk. Wskaźnikiem podziału jest dlań kształt jądra. Wychodzi ze założenia, że jądro najmłodszych komórek jest okrągłe i dzieli się w miarę starzenia się, przybierając z początku kształt nerki, zrazu mało a później coraz więcej wklęsłej, następnie kształt pałeczki bez segmentów, aż pod koniec rozpada się na coraz więcej segmentów. Im więcej segmentów, tem komórka starsza. Prawidłowa krew zawiera bardzo mało młodych, więcej zaś starych komórek. Szemat Arnetha u zdrowego człowieka wygląda następująco:

TABELA I.

1			2			3				4					5				
M	W	T	2 K	2 S	1 K 1 S	3 K	3 S	2 K 1 S	2 S 1 K	4 K	4 S	3 K 1 S	3 S 1 K	2 K 2 S	5 K	4 K 1 S	3 K 2 S	2 K 3 S	1 K 3 S
	0·2	5	0, 27	23, 46	11, 69	2, 27	5,6	16, 66	16, 4	3, 8	0,07	6,4	1, 06	4, 73	1	0,4	0,4	0, 07	0, 07
5%			35%			41%				17%					2%				

Przyczem klasa 1 oznacza myelocyty (M - więcej, W - mniej, T - częściowo wklęsłe), inne klasy neutrofile według ilości kulek (K) i segmentów (S). Przy chorobach zakaźnych organizm zwalcza szkodnika-bakterje, fagocytując je neutrofilami — ale tylko staremi — co jest nowością Arnetha. Neutrofile giną w walce w miarę ciężkości przebiegu sprawy chorobowej, szpik musi wtedy dostarczać rezerw do walki, a z powodu braku czasu i wyczerpania wysyła je niewy-

*) Rzecz wygłoszona na VII. naukowem posiedzeniu Lw. Tow. Lekarskiego 29 lutego 1924.

ćwiczone — t. zn. młode (porównanie Arnetha). Jakościowy tedy obraz neutrofilów daje prawdziwy przebieg choroby. Ponieważ w powyższym szemacie przez wpisywanie młodych form wypełniają się lewe rubryki, nazwał A. zjawisko to »Przesunięciem jąder na lewo (P. J.)«, »Kernverschiebung nach links«. Oznaczył też różne stopnie P. J. przy pewnych sprawach chorobowych, np. lekkie przy gośćcu stawowym, silniejsze przy zapaleniu płuc i t. d.

Teorja Arnetha natrafiła na wiele sprzeciwów, szczególnie ze strony zawodowych hematologów. Grawitz (7), stojąc na stanowisku metaplazji limfocytów w neutrofile w krążącej krwi i widząc w ultramikroskopie zmianę kształtu jądra w krótkim czasie, odrzuca A. a limine. Naegeli (5) przyznaje wprawdzie, że młode jądra są okrągłe, a przewężanie i rozpadanie się jest cechą starszych, głównym jednak sprawdzianem wieku młodego jądra jest jaśniejsza jego barwliwość barwikami zasadowemi, większa soczystość, wygląd »malinowy«; jądra zaś ciemniejsze, mało strukturowane, piknotyczne, choć pałeczkowato proste, zalicza do form starych a zwyrodniałych (tu zalicza też powyżej wspomniane »komórki gorączkowe« Türka, które według Arnetha należałyby do form młodszych). Za dalszą cechę młodości komórki uważa większą zasadową barwliwość pierwoszczy; podział zaś oparty wyłącznie na kształcie jądra, nie jest dlań bynajmniej miarodajny. Podobnie sądzi uczeń N. Alder (8) — Pappenheim nazwał teorję Arnetha niepotrzebną stratą czasu. Także wielu klinicystów (m. in. ginekolodzy Jaschke (9), Rosthorn (10), Albrecht (11), dalej Politzer (12), który całe zjawisko uważa za złudzenie optyczne) odrzuciło teorje A. Z zarzutów przez nich postawionych jeden jest napewno słuszny. Badanie jest bardzo żmudne, wymaga ogromnej wprawy, a różnicowanie neutrofilów na 20 klas zależeć musi bardzo dużo od subjektywizmu badacza. Mimo to wiele głosów przychylnych świadczy, że w nauce o P. J., jest przecież jądro prawdy. Wielu badaczy korzystało z powodzeniem z klasyfikacji Arnethowskiej, wspomnę tu jedynie o polskiej pracy Bocheńskiego (13), dla którego różnicowanie według Arnetha okazało się najlepszym wskaźnikiem przy rokowaniu w gorączce popołogowej. Pozatem w ostatnich czasach kilku autorów osiągnęło dodatnie wyniki przy najrozmaitszych schorzeniach infekcyjnych: Domarus (14), Matthes (15), Leschke (16), Hall Milton (17), Petzentakis (18), Macfie i Scott (19), Neeb (20), Treadgold (21).

Naogół jednak »Arneth« nie przeszedł do praktyki z powodu dużych trudności technicznych, powyżej przytoczonych. Pozatem trzeba zarzucić Arnethowi przesadę w kierunku opierania się na podziale neutrofilów a zaniedbania innych białych ciałek, a także czerwonej części preparatu, w wielu przypadkach nie pozbawionej znaczenia.

Dopiero w ostatnim czasie, kiedy zwolennicy jego tezy o P. J. porzucili jednak jego metodykę na rzecz uproszczonej metodyki Schillinga, zaczął A. wspólnie z Fr. Stahlem (22) różnicować monocyty i limfocyty, dzieląc je na mnóstwo klas. To jednak jeszcze bardziej utrudniło praktyczne stosowanie, toteż »Arneth« wyjątkowo tylko figurował w klinicznej historji choroby, a w szerokiej praktyce nigdy zdaje się nie był stosowanym. Nie przyjęły się też żadne uproszczenia (np. zliczanie segmentów i wnioskowanie ze wzrostu wzgl. spadku ich ilości [Wolff (23)].

Rzecz wzięła inny obrót, gdy w r. 1916 wystąpił Wiktor Schilling (24) i na podstawie swojego dużego doświadczenia w chorobach zakaźnych tropikalnych, przedłożył następujące modyfikacje metody: Neutrofile dzieli się na 4 klasy: 1) myelocyty (My.), najmłodsze komórki z jądrem soczystem, okrągłem, ziarnistością neutrofilną, ale z odcieniem niebieskawym. O ile ziarnistość staje się wyraźnie neutrofilna, a jądro przewężając się przybiera kształt nerki, powstaje 2) forma »młoda« (Mł.) »Junge Form«, częściowo identyczna z Pappenheimowskim metamyelocytem; komórka starzeje się, ziarnistość pozostaje a jądro równomiernie szerokie, powstaje 3) neutrofil »pałeczkowaty« (Pał.) »Stabkerniger«; z chwilą większego przewężania się w jakiemkolwiek miejscu jądra, komórka przechodzi we formę najstarszą 4) n. »wielokształtnego« (W.) »Segmentkerniger«. W prawidłowej krwi na 100 leukocytów W. jest mn. W. 70%, Pał. 3—5%, Mł. najwyżej 0.5%, myelocytów niema. Zapisując dalej inne leukocyty, dochodzi Sch. do następującego »wzoru leukocytów«.

TABELA II.

Tuczne	Limfocyty	Monocyty	Eozynofile	Neutrofile 60—75%			
				My.	Mł.	Pał.	W.
0—1%	21—35%	4—8%	2—4%	0%	0-0·5 %	3-5%	54-72 %

Wszelkie zmiany na korzyść młodszych form, uwidocznione w powyższym szemacie, okazują się jako P. J. na lewo w przypadku zakażeń i niektórych zatruć, zależnie od ich stopnia. Przy bardzo silnem zakażeniu przeważają Pał., Mł., a nawet jest dużo My., powstaje obraz leukemoidalny, różniący się od obrazu krwi prawdziwej białaczki w Sch. tylko brakiem myelocytów tucznych i eozynofilnych, stąd też Schilling skłania się ku teorjom [Sternberg (25), Ellermann (26), Wiczkowski (27)], uważającym pewne ostro przebiegające białaczki za stany septyczne z tak ogromnem zapotrzebowaniem neutrofilów, że szpik musi wysłać do walki najmłodsze formy. (Muszę tu zaraz dodać, że Naegeli (5) w braku zmian degeneracyjnych w pierwoszczy n. przy białaczce, a obecnych w krwi czy w stanach septycznych widzi zasadniczą różnicę między oboma stanami). Od powyższego zwyczajnego P. J. »regeneratywnego« odróżnia jeszcze Sch. P. J. »degeneratywne«, objawiające się przy bardzo ciężkich zakażeniach skąpą ilością Mł., większą Pał. i W., wszystkich jednak zdegenerowanych, co świadczy o osłabieniu leukoplastycznej czynności szpiku i uleganiu neutrofilów w walce. Pozatem uwzględnia on procent limfocytów, monocytów, eozynofilów, komórek tucznych i plasmatycznych, oraz śródbłonków, obecność i ilość płytek — i co jest bardzo ważnem, — czerwoną część preparatu t. j. kształt, wielkość i barwliwość krwinek. (Polichromazja, czasem dopiero w grubej kropli wykryta, oznaczająca przyśpieszoną regenerację krwinek, posłużyła wielokrotnie Sch. do wykrycia drobnych a stałych krwawień). Ilość ogólną szacuje Sch. na oko, twierdząc, że ważne cyfry, leukopenji, normalnej cyfry, leukocytozy miernej około 12.000 b. c., silnej około 18.000, i bardzo silnej około 30.000 można rozpoznać bez błędu, małe zaś wahania poza Leuko-Widalem posiadają niewielkie znaczenie. Muszę dodać, że dopiero zbędność melanżera niesłychanie uprościła technikę. Rozpoznanie i rokowanie hematologiczne buduje Sch. w ten sposób: uwzględnia się wszystkie czynniki działające na poszczególne części obrazu krwi, suma tych czynników musi odpowiadać pewnemu stanowi chorobowemu o pewnem natężeniu. Prawie wszystkim chorobom zakaźnym i niektórym zatruciom towarzyszy z początku leukocytoza neutrofilna, (wyjątki są znane — tyfus brzuszny, kur i t. d.), w czasie zdrowienia limfocytoza. Eozynofile wzrastają zwykle z limfocytami (Wagotonja), czasem odrębnie (Helminthiasis), rzadko z neutrofilami (szkarlatyna, [Ambrus (28)] gościec mięśniowy, [Bittorf (29)]. Monocyty wzrastają według Naegelego z neutrofilami, według Pappenheima z limfocytami, według Schillinga, który je zalicza razem ze śródbłonkami do histjocytów, pochodzących z układu siateczkowo-śródbłonkowego (Aschhoff-Landau-Kiyono), wzrastają one oddzielnie. Zdanie to uzyskało ostatnio silne poparcie dzięki badaniom Kohna (30). Monocyty i śródbłonki mają znaczenie przy rozpoznawaniu zimnicy i wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, gdzie wzrost ich jest stwierdzony. [Morawitz (31), Seyderhelm (32)]. Pozatem monocytozy są jeszcze dość niejasne, co się też okazało i na moim materjale. Ponieważ absolutne cyfry P. J. nie są stałe dla pewnych chorób i zależą nietylko od jakości szkodnika, ale i od osobniczej reakcji chorej jednostki, co razem dopiero tworzy całokształt choroby zakaźnej [Jürgens (33)], potrzebnem jest prawie zawsze drugie i trzecie badanie, okazujące *tendencję* procesu chorobowego, a tem samem — rokowanie. Sch. (34) opisuje też bardzo trafne rozpoznania i rokowania, wypowiedziane tylko na podstawie obrazu krwi, przyczem wnioskowanie

z P. J. okazało swoją wyższość nad innemi składowemi obrazu krwi. Przykłady własne objaśnią później rzecz dokładniej Dowód zaś trwałości form przez siebie zróżnicowanych, w odpowiedzi niejako na zarzuty Grawitza (7), dali Brugsch i Schilling, a niedawno Schilling i Yamamoto (35) w mikrofotogramach żyjących neutrofilów, wykazujących niezmienne formy jąder.

Po wyjściu prac Sch. pojawiły się wkrótce doniesienia kontrolne, w dostępnej mi literaturze, wszystkie pozytywne. W r. 1917 pojawia się monografja Reichensteina (36) o tyfusie plamistym, ustalająca dla każdego okresu choroby z osobna obraz krwi, pozwalający ściśle określić dzień choroby i rokowanie. Leschke potwierdza badania Sch. przy »endocarditis lenta« (19), O. Stahl (37) w infekcjach chirurgicznych, Wollenberg (38) i Holzer i Erich Schilling (39) przy chorobach zakaźnych, Nassau i Schohl (40) oraz Schüssler (41) w chorobach dzieci, Fuss (42) w gorączce popołogowej, Hofmann (43), w chorobach tropikalnych, przyrównując znaczenie »Sch.« do znaczenia termometrji, Matthes (15) uważa badanie krwi w Sch. za rzecz nieodzowną, w każdym przypadku niejasnej gorączkowej choroby. Sam Naegeli (5) zasadniczy przeciwnik Arnetha, nie wprowadza wprawdzie podziału Schillinga do teoretycznej części najnowszego wydania swojego podręcznika, w części praktycznej natomiast, przy odpowiednich schorzeniach, cytuje i uwzględnia wszędzie badania Schillinga i jego zwolenników. Wygląda to tak, jakby przekonany praktycznemi rezultatami nowej metodyki, uznał przecie jej rację. Jedynym mi znanym poważnym wrogiem Sch. jest — Arneth (6), który zaciekle broni swojej metody, jako teoretycznie racjonalnej i praktycznie — według jego zdania — wykonalnej. Zarzuca natomiast Sch. nieścisłość podziału na »Mł.« (pojęcia ontogenetyczne) i »Pał.« i »W.« (pojęcie morfologiczne). Dok. nast.

Dr. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

O zachowaniu się odczynu urochromogenowego w chorobach kobiecych*).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. J. K. we Lwowie. Kierownik: Doc. dr. Bocheński.

O zachowaniu się odczynu urochromogenowego w chorobach kobiecych istnieje dotychczas w piśmiennictwie mało spostrzeżeń. Poraz pierwszy ze stanowiska położniczego zabrali głos w tej sprawie autorowie francuscy Keim i Vigot w r. 1914; ostatnio Klaften w wyczerpującej pracy omówił właściwości chemiczne tego ciała, oraz jego walory kliniczne.

Holmgren, Pape, Michaelis, Weiss i inni zauważyli, że przy wielu sprawach ostrych zakaźnych, a w szczególności przy postępującej gruźlicy płuc, w moczu chorych występuje dodatni odczyn dwuazowy Ehrlicha, któremu na podstawie doświadczenia klinicznego przypisywali prognostyczne znaczenie.

Zastanawiając się nad przyczynami, powodującemi stałą jego obecność przy daleko posuniętych formach gruźlicy płucnej, wykluczywszy przypadkowość w jego występowaniu, przyjęto, iż w moczu ciężko chorych gruźlików istnieje ciało swoiste, dające odczyn dwuazowy Ehrlicha. Dołgow sądził, iż głównym czynnikiem przy djazo jest barwik moczu, Ehrlich, Brieger, Clemens i in. badali cały szereg ciał będących w moczu, w celu określenia ich wpływu na przebieg reakcji i wpływ ten przypisywali ciałom aromatycznym. Dopiero Weiss zbadał bliżej to ciało — wykazał związek jego z urochromem i nazwał je urochromogenem. Weiss przypisywał próbie urochromogenowej ważne znaczenie rozpoznawcze w gruźlicy płuc w przypadkach, gdzie chodzi o różniczkowanie pomiędzy I stadjum chorobowem a II. Zdaniem jego obecność tego ciała w moczu daje rokowanie nie pomyślne. Klave i Dittmann przypisywali tej próbie przy gruźlicy chirurgicznej tak wielkie znaczenie, iż od jej wyniku uzależniali przyjęcie chorego do szpitala. Wassing na podstawie tej próby różniczkował tyfus brzuszny od powrotnego. Bauer podkreśla dodatnie wyniki przy białaczce i chorobie Basedowa, czemu przeczy Redner. Pal znajdował urochromogen u osób zdrowych. Hilarowicz na 49 przypadków gruźlicy chirurgicznej tylko w jednym otrzymał odczyn dodatni. Z tego wynika, iż kliniczna wartość tego odczynu dla celów rozpoznawczych jest conajmniej wątpliwa.

Urochromogen należy do ciał oxyproteinowych i jest pochodnym rozpadu białka. Dla wykazania go w moczu podał Weiss próbę nadmanganianową, zwaną również próbą Weissa; mocz świeży, nie mętny, rozcieńcza się trzykrotnie wodą destylowaną, w celu usunięcia barwy i rozdziela się do dwu jednakowych próbówek, z których jedna służy jako kontrolna — do drugiej zaś dodaje się od 3—5 kropli 1‰ nadmanganianu potasu. Kanarkowe zabarwienie płynu, nie znikające po upływie $1\frac{1}{2}$ minuty, świadczy o próbie dodatniej, pod warunkiem, że odczyn dwuazowy badanego moczu wypadł również dodatnio. Zależność ta jednak nie zawsze da się wykazać. W szeregu przypadków odczyn djazo wypada dodatnio, a urochromogenu nie stwierdza się, co tłumaczono niespecyficznością reakcji djazo, spowodowaną przez kwasy aromatyczne, lekarstwa i t. p.

Klaften jednak wykazał obecność urochromogenu przy 2-krotnem 1-krotnem nawet żadnem rozcieńczeniu moczu w tych wypadkach, gdzie próba ta przy trzykrotnem rozcieńczeniu wypadała ujemnie. W innych znowu przypadkach próba Weissa wypadała dodatnio, a odczyn dwuazowy ujemnie, co Weiss starał się wytłumaczyć obecnością urochromogenu α (alfa), ciała przedwstępnego urochromu, działającego hamująco na odczyn dwuazowy. W podobnych przypadkach kanarkowe zabarwienie moczu zależy od urobilinogenu, mającego własności chromogenne (Klaften); jednak po upływie kilku godzin pod wpływem rozprószonego światła dziennego urobilinogen przechodzi w urobilinę (Saillex), traci własności chromogenne i odczyn dwuazowy tem intensywniej występuje, im szybciej następuje redukcja urobilinogenu. W doświadczeniach naszych zgodnie z zapatrywaniami wszystkich autorów uważaliśmy za urochromogen tylko to ciało, które dawało i odczyn dwuazowy i próbę Weissa dodatnią. Takie stanowisko wyklucza urobilinogen i inne bliżej nieznane chromogeny.

Badania rozpoczęliśmy od osób zdrowych, ciężarnych i w 50 takich przypadkach odczyn Weissa wypadał ujemnie.

W 6 przypadkach wczesnej ciąży i gruźlicy płuc urochromogenu nie stwierdziliśmy. W 3 przypadkach ciąży i wady serca nieskompensowanej i w 2 przypadkach uporczywych wymiotów u ciężarnych, gdzie skutkiem wycieńczenia przyszło do zaburzeń w przemianie materji, rozpadu czerwonych ciałek, zmniejszenia hemoglobiny — odczyn urochromogenowy wypadł ujemnie.

Przy rzucawce porodowej mocz badany przed i po porodzie dał wynik ujemny. U położnic nie gorączkujących nie stwierdziliśmy nigdy dodatniego odczynu. Jeżeli zaś ciepłota przekraczała 38° i utrzymywała się na tej wysokości przez czas dłuższy, zachowywały się położnice rozmaicie: w 20 przypadkach, gdzie stan gorączkowy trwał przez kilka dni i badanie przedmiotowe wykazało sprawę zapalną, mającą dążność do zlokalizowania się, mocz nie zawierał urochromogenu. W 12 przypadkach, gdzie stwierdzono zapalenie tkanki przy i okołomacicznej i połóg przebiegał z wysoką ciepłotą, z objawami otrzewnowemi znaleźliśmy w 3 urochromogen, w 6-ciu urobilinogen. W 5 przypadkach ropnicy połogowej o ciepłocie przerywanej, gdzie w przerwach międzygorączkowych następowała poprawa stanu ogólnego, nie wykazaliśmy urochromogenu. Natomiast u 4 położnic z objawami ciężkiego zakażenia połogowego, gdzie w krwi stwierdzono paciorkowca hemolitycznego, odczyn urochromogenowy występował dodatnio i utrzymywał się aż do zejścia śmiertelnego.

Co się tyczy schorzeń narządu rodnego, występujących poza ciążą, jako to — sprawy zapalne przydatków o przebiegu ostrym lub przewlekłym — w 4 przypadkach przebiegających z wysoką ciepłotą odczyn urochromogenowy wypadł słabo dodatnio, w 12 przypadkach ujemnie; w 15 przypadkach o przebiegu przewlekłym otrzymaliśmy wynik ujemny,

*) Według referatu wygłoszonego na Zjeździe Ginekologów polskich w Warszawie w dniu 4 kwietnia 1923 r.

W 19 przypadkach torbieli jajnikowych i w 15 przypadkach włókniaków macicy odczyn wypadł ujemnie.

Przypadków raka szyji macicy mieliśmy 23 -- z czego 3 przypadki nadające się do operacji i w tych urochromogenu nie wykazaliśmy; w 2 przypadkach, gdzie proces chorobowy spowodował kompletny upadek sił, ciężką niedokrewność, odczyn dodatni występował wyraźnie. Na 17 chorych naświetlanych promieniami Roentgena u 5 wystąpił odczyn dodatni zaraz po naświetleniu, lecz po kilku dniach znikał.

Na podstawie tych spostrzeżeń możemy powiedzieć, iż przy schorzeniach narządu rodnego przebiegających z wysoką, długotrwałą ciepłotą i zaburzeniami w przemianie materji przychodzi do wydzielania urochromogenu w moczu. Najczęściej ma to miejsce w przypadkach ciężkich zakażeń połogowych, oraz przy charłactwie rakowem.

Stała obecność tego odczynu świadczy o upadku obronnych sił organizmu i daje niekorzystne rokowanie.

Piśmiennictwo.

1) M. Weiss: Medicinische Klinik, r. 1922. Nr. 46. — 2) Weiss: Wiener Archiv f. klinische Medic. r. 1920. T. I. — 3) Klaften: Wiener klinische Wochenschrift r. 1922. Nr. 19. — 4) Hilarowicz: Polska Gazeta lekarska r. 1922. Nr. 49. — 5) Münchener med. Wochen. r. 1921. Nr. 22. — 6) Wiener klinische Woch. 1906. Nr. 44.

Wykład kliniczny.

Dr. Roman GLASSNER. Kraków.

Wskazanie lecznicze przy niemiarowości extrasystolicznej.

Ze stanowiska współczesnej teorji lecznictwa, podkreślanie wskazań leczniczych wyłącznie pewnego objawu chorobowego, może się wydać cofaniem się wstecz. Boć przecież głównem i zasadniczem zadaniem leczniczem jest ujęcie jednostki chorobowej, jako całości klinicznej. Lecz i to jeszcze nie wystarcza, albowiem i w lecznictwie musimy pamiętać, że każda jednostka chorobowa pozostaje w ścisłym związku z typem konstytucjonalnym osobnika, obarczonego cierpieniem i ten lub ów typ, niezależnie od samej choroby, musi i we wskazaniach leczniczych być uwzględniony. Nowe i odmienne promienie światła rzucone na etjologję a pośrednio i patogenezę stanów chorobowych, pochodzące od klinicystów Martiusa, Otfrieda Müllera, Brugscha i całego szeregu ich uczniów i epigonów — musiały siłą rzeczy i faktów wywołać pewne wstrząśnienie w dotychczasowych kierunkach leczniczych i zmusić farmakologów do uwzględnienia treści konstytucjonalizmu nawet w swych pracach farmakodynamicznych. A jednak codzienne doświadczenie, bezpośrednie zetknięcie się i obcowanie z człowiekiem chorym, o co każdy lekarz powinien się starać, nie tylko w interesie dobra cierpiącego, ale też gwoli głębszej analizy samego cierpienia, zmusza nas nieraz do zajęcia się jednym objawem, wyłączonym z całego zespołu objawów, charakterystycznym dla ściśle określonej jednostki klinicznej. Pod tym właśnie kątem widzenia chciałbym pokrótce omówić wskazania lecznicze przy niemiarowości extrasystolicznej oraz podać środki i metody, któremi udawało mi się często ją usunąć w moim materjale, dochodzącym do 176 przypadków. Wiemy, jak skurcze extrasystoliczne przerażają chorych, jednostki wyczuwające ten objaw, doznają niebywałego uczucia lęku, trwogi i z najczarniejszemi myślami przychodzą do poradni lekarza. Wiemy jednak i z drugiej strony, że ta omal najczęstsza postać niemiarowości wprowadza i lekarza w pewne zakłopotanie, gdyż przeważnie nie zdaje sobie sprawy z samego objawu, albo też przecenia jego znaczenie, zwłaszcza, że extrasystolje występują nie mniej często u osób ze zdrowym układem krążenia, jak i przy najrozmaitszych schorzeniach krążenia i innych narządów, często dość odległych od serca. Za daleko by nas to doprowadziło i zboczylibyśmy od właściwego celu, gdybyśmy na tem miejscu ze stanowiska fizjologji patologicznej, starali się wytłumaczyć istotę skurczów extrasystolicznych. Nadmienię tylko, że objaw ten już dawno znany i opracowany ze strony fizjologicznej przez Gaskella i Engelmana został dopiero znacznie później klinicznie porównany, oświetlony i oceniony przez Wenckebacha, Mackenziego, Heringa i wielu innych. Żmudne i subtelne doświadczenia na zwierzętach, badania sfygmo- i elektrokardjograficzne do tego stopnia wyświetliły ten rodzaj zamącenia rytmiki skurczów serca, że dzisiaj skurcze extrasystoliczne rozpozna każdy lekarz zwykłemi metodami fizykalnemi, a więc wyczuwaniem tętna, osłuchiwaniem serca i oglądaniem żył szyjnych. Te proste sposoby, przy pewnej wprawie wystarczą nietylko do rozpoznania, ale nawet do wyróżnienia pewnych, odrębnych typów extrasystolicznych. Djagnostykę i klinikę skurczów extrasystolicznych musimy w niniejszych uwagach zostawić na uboczu, albowiem naszą myślą przewodnią jest to, jak postąpić pod względem leczniczym wobec stwierdzonych skurczów extrasystolicznych. Można całkiem śmiało twierdzić, że skurcze extrasystoliczne w zasadzie nie wymagają jakiegokolwiek leczenia, a wskazania lecznicze dotyczą tylko różnych warunków, wśród których one występują. Twierdzenie powyższe wymaga uzupełnienia w tym kierunku, że extrasystolje stwierdza lekarz przedmiotowo, podczas gdy chory podmiotowo nic nie odczuwa a układ krążenia nie okazuje upośledzenia sprawności. Podawanie w tym przypadku jakichkolwiek leków, a zwłaszcza leków nasercowych z grupy naparstnicy, byłoby błędem, a choremu przyniosłoby szkodę. Stwierdzoną bowiem jest rzecza, że naparstnica wzmaga skurcze extrasystoliczne i często nawet wywołuje je tam gdzie ich dotąd nie było. Zdarza się, że lekarz każdą niemiarowość uważa za dowód zwyrodnienia mięśnia sercowego, za którem ukrywa się zaburzenie w krążeniu i choćby zapobiegawczo podaje środki nasercowe. Zupełnie inaczej musimy się zachowywać, gdy chory skurcze extrasystoliczne podmiotowo odczuwa, tembardziej, że są to odczucia niezwykle przykre, często pozbawiające go wszelkiej radości i chęci do życia. Zważywszy, że skurcze extrasystoliczne częściej występują przy wolnej czynności serca, a więc podczas spoczynku, wśród snu, chory taki nieraz popada w stany, które już jako odrębne jednostki chorobowe należą do psychjatrji. L. Braun, który dość obszerną pracę poświęcił wpływowi zaburzeń czynności serca na stany psychiczne, wspomina o przypadku samobójstwa młodego, zresztą zdrowego osobnika, cierpiącego na skurcze extrasystoliczne. W takich przypadkach leczenie jest bezwzględnie wskazane i to często nie tyle ze względu na niekorzystny wpływ skurczów extrasystolicznych na samo krążenie, o czem jeszcze zresztą poniżej będzie mowa, ile na psyche chorego. Nieraz wystarczy psychoterapja, by usunąć skurcze extrasystoliczne, a tem samem uzdrowić chorego, chociaż przez to nie przesądza się zagadnienia, czy wogóle istnieją t. zw. nerwowe extrasystolje. Jakkolwiek Ortner, Albert, Müller i inni opisują przypadki skurczów extrasystolicznych, które ze stanowiska klinicznego można sobie wyłącznie tłumaczyć stanem podrażnienia nerwu błędnego, tembardziej, że można je działaniem atropiny usunąć, to z drugiej strony cały szereg badaczy z Wenckebachem na czele temu zaprzecza, przeciwstawiając zupełnie inne tłumaczenie dodatniego wpływu atropiny w tych przypadkach. Tam gdzie psychoterapja, leczenie fizykalne oraz t. zw. nerwina nie wystarczają, musimy się uciec do środków swoistych, których działanie tłumaczymy sobie obniżeniem pobudliwości mięśnia sercowego. Boć przecież wzmożona pobudliwość, względnie uruchomienie pobudliwości podnieto-twórczej w tych częściach mięśnia sercowego, które zwykle są nieczynne i nie wytwarzają podniet skurczowych, jeszcze najlepiej tłumaczą nam powstawanie skurczów extrasystolicznych. Suwerennym środkiem takim jest chinina, względnie chinidyna. Ta ostatnia ma szerokie zastosowanie w leczeniu innych zresztą postaci niemiarowości. Chinina, w dawce trującej, porażająca serce, oddawała mi niezwykle usługi w usuwaniu skurczów extrasystolicznych; stosowałem ją w dawce 3 gr. dziennie po 0,2 gr i w 86 przypadkach uzyskałem pomyślny wynik, częściowo przemijający, zależnie od usunięcia innych przyczyn sprzyjających powstaniu skurczów extrasystolicznych. W 30 przypadkach stosowałem tak bardzo zalecaną przez Wenckebacha strychninę, dla działania której autor teoretycznego uzasadnienia nie umie podać, lecz zaledwie w 10 przypadkach zau-

ważyłem korzystny, ale tylko przemijający wpływ. Połączenie chininy z strychniną, na co ostatnio wskazuje Wenckebach, wedle mego doświadczenia (12 przypadków) nie przewyższa w skuteczności samej chininy. Jak już na początku wspomniałem, naparstnica w dawkach zwykle stosowanych nie tylko nie usuwa skurczów extrasystolicznych lecz je nawet u wielu chorych wzmaga, natomiast całkiem odmiennie mają działać małe dawki dochodzące do 5 centigr dziennie. Poleca je bardzo Wenckebach w tych przypadkach, w których, ani strychnina, ani chinina do celu nie prowadzą; opiera się przy tem na doświadczeniach Brandenburgera i Strauba, którzy wykazali, że w pewnych warunkach i dawkach może naparstnica obniżyć pobudliwość mięśnia sercowego wobec podniet elektrycznych. Osobistego doświadczenia w tym kierunku nie mam, ale wspominam o tem z obowiązku literackiego, podobnie jak i o zalecanej przez Hechta fizostygminie, której skuteczność możnaby tylko zrozumieć w związku z wpływem nerwu błędnego na skurcze extrasystoliczne. Co do podawania małych dawek naparstnicy, to nie jest to odosobnione zjawisko w lecznictwie, że małe dawki tego samego leku działają paradoksalnie w odniesieniu do zwykle stosowanych dawek. Nie wyczerpałbym stosowanych leków, gdybym nie wspomniał o wśródżylnem stosowaniu strofantyny, tembardziej, że sam ją 3 krotnie stosowałem. Nie mam powodu do zachwycania się tym środkiem: w dwóch przypadkach nader częstych skurczów extrasystolicznych żadnego doraźnego skutku nie spostrzegłem, natomiast raz przy napadowem kołataniu serca (tachycardja paroxysmalis), która to sprawa ma pewne cechy wspólne z mechanizmem skurczów extrasystolicznych, napad bezpośrednio po wstrzyknięciu strofantyny ustąpił. Nie wysuwam jednak z tego jednego przypadku zbyt daleko idących wniosków.

Pozostaje grupa, składająca się z 48 chorych, u których stwierdzić można było niewątpliwie schorzenia serca (wady zastawkowe) w okresie rozpoczynającej się niedomogi, oraz schorzenia naczyń głównych i mięśnia sercowego w związku ze schorzeniem nerek, u których atoli równocześnie istniały skurcze extrasystoliczne. W tych przypadkach leczenie niedomogi oraz podniesienie sprawności mięśnia sercowego usuwa i skurcze extrasystoliczne, zdarza się jednak, że niedomoga ustępuje a skurcze extrasystoliczne się utrzymują, wtedy należy podać w sposób wyżej opisany chininę. Podanie chininy przed usunięciem niedomogi nie tylko nie prowadzi do celu, ale nawet rozszerza zakres objawów niedomogi. Wystąpienie skurczów extrasystolicznych równocześnie z niedomogą serca nie pogarsza rokowania, co do wpływu leczniczego na objawy niedomogi z innego źródła pochodzące. Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że często występują skurcze extrasystoliczne w okresie ozdrowienia po chorobach zakaźnych zwłaszcza po durze. Nie należy przykładać wielkiej wagi do tego objawu, albowiem pozostaje on prawdopodobnie w związku ze zwolnieniem tętna, które to zwolnienie, jak już raz wspomniałem wpływa na powstawanie skurczów extrasystolicznych. Powyższe uwagi wyczerpują wskazania lecznicze w przypadkach niemiarowości extrasystolicznej, dalekie są natomiast od bezwzględnego rozwiązania właściwego problemu usunięcia tej, tak nieraz przykro odczuwanej, przez chorych niemiarowości. Bezwzględnie pewnego środka, prowadzącego do celu na razie nie posiadamy i całkiem słusznie podkreśla Wenckebach, że na dalsze owocne opracowanie tego tematu czekają: nauka i chorzy.

Z praktyki.

Dr. Tadeusz WĄSOWSKI, asystent kliniki. Wilno.

Rzadki przypadek znalezienia wrzecionkowców i krętków Plaut Vincenta w ropniu mózgu.

Z Kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Kierownik prof. dr. Jan Szmurło.

Bezpośrednią przyczyną ropni mózgu pochodzenia usznego są drobnoustroje, spotykane w ropnem zapaleniu ucha środkowego, a więc: paciorkowce, gronkowce, z których częściej spotykano *staphyl. pyogenes aureus, diplococcus pneumoniae* (Heiman, Brühl), bardzo rzadko *bact. coli typhi abdominalis* (Küttner). W piśmiennictwie ostatnich lat, jako przyczynę ropnego zapalenia ucha środkowego wskazują też wrzecionkowce Plaut-Vincenta (Ewers, Held, Waldapfel). Feldman opisuje jeden przypadek ropnia móżdżku, w którego ropie znaleziono wymienione drobnoustroje. Zakażenie ucha środkowego może nastąpić przez trąbkę Eustachjusza, lub zarazki mogą być zaniesione z dziąseł przez przewód słuchowy zewnętrzny, oczywiście w razie istnienia uszkodzenia błony bębenkowej.

Poszukiwania wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta w sprawach ropnych ucha środkowego a szczególnie w ropniach mózgu są dopiero zapoczątkowane.

Badając wydzielinę ropną w sprawach ropnych przewlekłych lub ostrych w wyrostku sutkowym w przypadkach operowanych, raz jeden, właśnie w przypadku niżej podanym udało się znaleźć w ropie z ropnia mózgu wrzecionkowce i krętki Plaut-Vincenta, wprawdzie w symbiozie z nielicznemi gronkowcami i paciorkowcami.

Chory I. K. lat 23 przybył do szpitala ze skargami na silne bóle głowy i wyciek z prawego ucha. Od szeregu lat cierpi na ropienie z prawego ucha; od paru tygodni zawroty głowy.

Stan obecny Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Ciepł. 38°, tętno 72 o mocnem napięciu. Język obłożony miernie, wilgotny, przy wysuwaniu nieco drży. Skóra sucha. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej bez zmian. Prawa powieka nie zamyka się dokładnie, pozostawiając szczelinę. Prawa fałda okołonosowa wygładzona, kąt ust prawy przy uśmiechu opada. Dwoistego widzenia niema. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. Babińskiego brak. Klonus stopy obustronnie normalny. Objawów omijania niema. Na uczucie smaku prawa połowa języka nieczuła. Chodzenie oraz stanie z zamkniętemi oczami normalne. Zesztywnienia karku oraz szczękościsku niema.

Badanie usza: lewe ucho — normalne. Prawe ucho: wydzielina minimalna, przewód słuchowy zewnętrzny w kostnej części nieco zwężony, w jamie bębenkowej niewiele bladej ziarniny. Wyrostek sutk wy niebolesny. Słuch znacznie osłabiony (głośny szept przy uchu). Rinne ujemny, Weber w prawo, Schwabach wydłużony. Próba kaloryczna dodatnia. Nos, gardło, krtań bez zmian.

Rozpoznano próchnicę prawej kości skroniowej. Za zgodą chorego w uśpieniu chloroformowem dokonano operacji radykalnej ucha. Po otworzeniu jamy sutkowej wydzieliło się stamtąd pod ciśnieniem sporo ropy i zropiałej ziarniny. Strop jamy sutkowej i bębenkowej nieco zniszczony; usunięto przez wyskrobanie, kostki słuchowe usunięto. Plastyka przewodu słuchowego. Na ranę nałożono 4 szwy, w dole sączek. Opatrunek.

12. XII. Chory czuje się dobrze. C° — 37·8°, tętno 68—72.

13. XII. Od czasu do czasu bóle głowy, przeważnie w skroniach C° — 37·2, tętno 70.

14. XII. O godz. 9 wieczorem silny ból w okolicy rany oraz czoła, chwilami chory traci przytomność. C° — 38·8, tętno 68—64. Podejrzewając ropień mózgu natychmiast przystąpiono do operacji W uśpieniu chloroformowem obnażono na przestrzeni 2 cm² twardą oponę mózgową w prawym środkowym dole czaszkowym. Opona twarda mocno napięta, zabarwiona sinawo-czerwono. Nakłucie mózgu wykazało w głębokości około 4 cm ropę rzadką, cuchnącą. Opróżniono ropień objętości około 25 cm³. Do jamy ropnia włożono sączek.

15. XII. Ogólny stan dobry. Bóle głowy ustały. C° — 38, tętno 78.

16. XII. Opatrunek. Sączek zastąpiono drenem gumowym. Bólów głowy niema. Tętno 80.

17. XII. Badanie wydzieliny ropnia na sączku wykazało pojedyncze gronkowce i ogromną ilość wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta. Rana przedstawia się dobrze. Chory ma apetyt. Stolec dobry. C° jednak 38·1, tętno 78. Porażenie nerwu twarzowego trwa Wydobyty płyn mózgowo-rdzeniowy mętnawy, wychodzi bez ciśnienia. Badanie na posiew dało wynik ujemny.

19. XII Chory apatyczny, bólów głowy niema. C° — 38·5, tętno 98 Prawy Babiński. Sztywności karku niema. Objawów omijania brak

20. XII. C° — 38·2, wieczorem 39·8; tętno 120. Silne bóle głowy. Tężec karku. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętnawy, wychodzący pod ciśnieniem. Posiew jałowy.

21. XII. C° — 37·3, tętno 80, samopoczucie dobre. Objawy poprzednie ustąpiły.

22. XII. do 27. XII. Stan ten sam C° w granicach 36·8—37·8, tętno odpowiednie. Przy codziennych opatrunkach rana wygląda dobrze, z otworu ropnia wydziela się mało rzadkiej ropy.

27. XII. W nocy były wymioty i bóle głowy. Stan apatyczny. Język obłożony Płuca zmian nie wykazują. Wzmożenie odczynów skórnych i ścięgnistych. Prawy Babiński. Nieznaczny objaw omijania prawostronny. Z rany wydziela się płyn z domieszką ropy.

28. XII. 29. XII. Ogólny stan lepszy. Bóle głowy ustały, C° — 37·4 — 37·6; tętno 84—88

30. XII. Opatrunek przemókł. Z rany wydziela się płyn mózgowo-rdzeniowy. Bóle głowy w okolicy potylicy. C° 36·2; tętno — 72. Ogromne wzmożenie odruchów skórnych i ścięgnistych, wyraźny dwustronny Babiński hiperestezja. Ny — dwustronny poziomy o szerokich wahaniach.

O godz. 3 popołudniu chory stracił przytomność. Silne prężenie głowy w tył, drgawki, tętno 68, napięte, oddech wolny i nieregularny. O godz. 4·30 — chory zmarł.

Sekcji zwłok nie dokonano.

Przypadek pod względem klinicznym nie różni się od wielu innych podobnie przebiegających.

Anatomicznie należy do najczęściej spotykanych, gdyż ropień umiejscowiony jest w prawym (Heiman) środkowym dole czaszkowym w okolicy tylnej części dolnego płatu skroniowego — w sąsiedztwie schorzałej kości skroniowej Körner).

Zasługuje on jednak na uwagę, gdyż pod względem bakterjologicznym może być zaliczony do przypadków nader rzadkich, a to z powodu pojedynczych tylko faktów spostrzegania wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta w podobnych schorzeniach.

Fejleton.

Prof. Dr. St. CIECHANOWSKI. Kraków.

W sprawie prowadzenia naszych zdrojowisk.

Każdy lekarz musi zmierzać do jaknajlepszych wyników leczenia, a więc musi w granicach możliwości stworzyć choremu maximum korzystnych dla leczenia warunków. Ta sama zasada dotyczy oczywiście także leczenia zdrojowego i klimatycznego Zarówno lekarze, działający w miejscowościach leczniczych, jak i ogół lekarski, wysyłający tam swych chorych, ma i prawo i obowiązek żądać, aby warunki leczenia były tam jaknajlepsze.

W tym względzie wyrobiło się jednak wśród polskich lekarzy pewne pobłażanie wobec swojskich miejscowości leczniczych (zdrojowisk i uzdrowisk), notorycznie gorzej urządzonych i prowadzonych, niż zagraniczne, a po części nawet dosyć prymitywnych. Pobłażanie to obniżało nawet skalę i liczbę postulatów, stawianych polskim miejscowościom leczniczym — przyznać trzeba, że oddawna, wytrwale i dostatecznie głośno — przez polskie Towarzystwa lekarskie, balneologiczne i higjeniczne, oraz, w znacznej części pod ich wpływem, przez polską prasę codzienną.

Uzasadnioną przyczyną takiego pobłażania wydawały się trzy argumenta, przytaczane na usprawiedliwienie niższości naszych miejscowości leczniczych w porównaniu z zagranicznemi: 1. znacznie mniejsza frekwencja, 2. mniejsza zamożność leczących się, 3. brak środków na inwestycje.

Argumenta te budzą jednak wątpliwości.

Po pierwsze. Przyjęta u nas i zagranicą ocena ruchu w miejscowościach leczniczych według surowej cyfry przybyłych, nie daje prawdziwego jego obrazu. Ruch ten powinnoby się obliczać, podobnie jak w szpitalnictwie, na »dni leczenia« (z liczby ogólnej leczących się — zwykłych, przelotnych turystów należałoby liczyć osobno — i z liczby dni, które każdy chory w zdrojowisku przebył) i określać także średni czas leczenia jednego chorego. Pokazałoby się wtedy, że zawrotne napozór cyfry frekwencji największych, światowych zdrojowisk (70.000 w r. 1913 w Karlsbadzie) nie tak znowu znacznie górują nad ruchem w miejscowościach leczniczych polskich, przynajmniej trzech najważniejszych (Zakopane, Krynica, Ciechocinek), a to z tego powodu, że pobyt chorego w zdrojowisku zagranicznem trwa zwykle 4, często 3, rzadko 5 tygodni, gdy u nas często przez cały właściwy sezon letni: 8 tygodni, a nieraz dłużej. Do tego samego wniosku wiedzie zresztą wprost kataster pomieszczeń (liczby »łóżek«), istniejący w miejscowościach leczniczych zagranicznych, a nawet w takim Karlsbadzie (około 8.000) prawdopodobnie niema tych pomieszczeń więcej, niż n. p. w Zakopanem. Również niema zbyt wielkich różnic między maksymalną liczbą osób w naszych dużych, a zagranicznych zdrojowiskach, obecnych w zdrojowisku równocześnie, choć na oko wydaje się inaczej z tej przyczyny, że zagranicą ruch uliczny chorych skupia się na ciaśniejszych, niż u nas, przestrzeniach, i jest żywszy.

Powtóre. Twierdzenie, że chorzy w polskich zdrojowiskach są mniej zamożni, czyli mniej muszą wydawać, niż chorzy w zdrojowiskach zagranicznych, nie jest ścisłe. W roku bieżącym w najpierwszym (wiosennym) sezonie dobry, pełny pensjonat w zdrojach czeskich kosztował dziennie 55 koron czeskich, to jest 8 złotych 40 gr., u nas najskromniejszy o 50% więcej, pokój na jedną osobę, blisko zdroju, czysty (bez owadów), dobrze umeblowany, z oświetleniem elektrycznem, obsługą, pościelą (bielizną co tydzień zmienianą) i telefonem we wczesnym sezonie letnim w Czechach od 17 k. č. = 2·50 zł., u nas, prymitywny, wedle (niezawsze przestrzeganej) taryfy urzędowej, od 3 zł. — Wprawdzie w pełnym sezonie ceny znacznie rosną, ale tak u nas, jak i zagranicą; u nas jednak w r. b. wskutek »cła ochronnego«, t. j. ogromnej opłaty paszportowej, wzrosną niestosunkowo więcej. Nadto fakt, że zagranicą stanowili Polacy aż do lat ostatnich nieproporcjonalnie duży odsetek gości w najdroższych hotelach, dowodzi, że wśród naszych chorych, wysyłanych do zdrojowisk, jest dużo bogaczy; zwłaszcza po wojnie.

Po trzecie. Ze skarg na niemożliwość inwestycyj (wobec powyższych faktów, wskazujących, że dochody zdrojowisk nie są u nas tak znowu małe), można część położyć na karb niezaradności i niefachowości właścicieli, lub nawet ich niechęci obracania czystych zysków na wkłady, w czem przodował, do ostatnich niemal lat przedwojennych, największy właściciel, rząd austrjacki (Krynica). Trudno jednak uznać za słuszne przeznaczanie zarobku ze zdrojowiska w małej części na ulepszenia, a w dużej na szybkie dojście do majątku, kupno dóbr (jak to się zdarzało) i t. p. Ile zaś zdoła fachowość i energja, przykładem Rabka po objęciu przez dr Kazimierza Kadena i Krynica pod rządami inż. Nowotarskiego.

Skoro zatem argumenta, mające usprawiedliwić stan naszych zdrojowisk, nie ze wszystkiem usprawiedliwiają ich zaniedbany przeważnie poziom, przeto zdaje mi się, że lekarze polscy, trwając tak jak dotąd w usilnem i wyłącznem popieraniu polskich miejscowości leczniczych, powinni jednak wywrzeć silniejszy nacisk na ich udoskonalenie i zrównanie z zachodnią Europą. Wskazanie zmian, potrzebnych dla celów leczniczych, należy do kompetencji lekarzy; natomiast opracowanie sposobów, do tego wiodących, uzyskanie potrzebnych środków pieniężnych, przepisów administracyjnych, wykształconego personalu i określenie potrzebnego czasu, należy do innych czynników. To tylko pewna, że w programie gospodarczym naszych miejscowości leczniczych wcale, albo prawie wcale nie może być wymówką obecne przesilenie gospodarcze w Polsce; ono ich bowiem w r. b. napewno wobec »cła ochronnego« prawie nie dotknęło.

* * *

Ocena sprawności pod względem leczniczym, spełniania zadania, opierana bywa prawie wyłącznie na zasobie naturalnych środków leczniczych i sztucznych urządzeń, jakie się w zdrojowisku znajdują. Zdaje mi się to niesłuszne; wszak to są tylko ramy, oś właściwego życia i leczniczego działania zdrojowiska. Taką ocenę możnaby porównać z czysto morfologicznym poglądem na organizm, bez uwzględnienia niemal jego funkcyj.

W tym zakresie, że tak powiem, »anatomicznym« zostały braki naszych zdrojowisk dostatecznie i fachowo już oddawna określone, a zagraniczne wzory ulepszeń dokładnie wskazane przez znawców lekarskich i technicznych. Natomiast niemal nie uwzględnia się w dotyczącej literaturze sposobu prowadzenia zdrojowisk. Jestto jednak rzecz pod względem leczniczym może równorzędna ze środkami naturalnemi i stałemi urządzeniami zdrojowiska, z jego, powiedzmy, inwentarzem martwym. A w tej rzeczy zachodzi między Polską, a zagranicą, ta właśnie różnica, która sprawia, że chory, nie zdając sobie zresztą sprawy, dlaczego, odnosi tam wrażenie prawdziwszego niejako leczenia, dostosowania wszystkiego jedynie do tego celu i stąd też leczenie swoje sumienniej przeprowadza. Ocena wartości leczniczej tego skrupulatniejszego wykonania przepisów ordynatora i tych czynników psychicznych nie należy do mnie, lecz do kolegów-praktyków. Różnica ta pociąga wielu chorych zagra-

nicę, nawet z pośród tych, którzy nie dbają o większą wygodę, mają skrupuły patrjotyczne, a tylko pragną skuteczniejszej kuracji. Niektórzy, uderzeni tą różnicą, przypisują ją wyższemu poziomowi tamtejszych ordynatorów, co z pewnością jest mylne, rzekomej większej sile źródeł, wreszcie wyższej kulturze ludności i większej konkurencji »handlowej«, która sprawia, że ludność sama staranniej dba o przybywających chorych. Większa kultura i konkurencja samej ludności jest też napewno jedną z podstaw owej różnicy. Gdyby była jedyną, nie możnaby myśleć o rychłem zrównaniu się naszych miejscowości leczniczych z zagranicznemi trzebaby czekać, aż się poziom kultury u nas podniesie.

Zmuszony koniecznością do leczenia się w Karlsbadzie, zauważyłem wszakże, że to, co chorzy przypisują tylko samorzutnemu działaniu kultury i konkurencji, jest w znacznej a może przeważnej części wynikiem nieustannego działania celowej organizacji, to jest rozmyślnego, wypracowanego aż do drobnych szczegółów, planowego sposobu prowadzenia zdrojowisk przez ich zarządy (przynajmniej w Czecho-Słowacji i zapewne w Niemczech i w Austrji). Starałem się więc przymusowy mój pobyt zużytkować na dokładniejsze zapoznanie się z tą organizacją, w tej myśli, że wobec zupełnego niemal pomijania tej strony sprawy w lekarskiem piśmiennictwie specjalnem, wiadomości zebrane przezemnie, chociaż nieznawcę, mogą być przydatne ogółowi Kolegów w ich własnej działalności i w oddziaływaniu na nasze zdrojowiska.

Jako przykład wybrałem Karlsbad dlatego, że w Czechosłowacji jest on największem i najlepiej pod omawianym względem postawionem zdrojowiskiem, że opis jego organizacji nie będzie reklamą ze szkodą naszych zdrojów, bo wody jego w pewnych przypadkach nieprędko dadzą się naszemi zastąpić (przynajmniej, dopóki nie nastąpią znaczne inwestycje w zdrojowiskach do niego zbliżonych [Morszyn], i dopóki się nie dowiercimy wód jeszcze bardziej Karlsbadzkiego typu, co zdaje się prawdopodobne), że wreszcie o Karlsbadzie najwięcej zdołałem się dowiedzieć. Wiadomości te pochodzą częścią z drukowanych publikacyj, częścią z osobistych spostrzeżeń i wywiadów, a częścią zawdzięczam je naczelnemu lekarzowi miejskiemu Karlsbadu, dr. Schallerowi i dyrektorowi administracyjnemu szpitala miejskiego, p. Woidichowi.

Pewnych szczegółów o urządzeniach, nie o prowadzeniu, pominąć częścią z natury rzeczy niepodobna, częścią, jako niefachowy, nie umiałem. Z tego drugiego powodu staram się też unikać wniosków i porównań z naszemi stosunkami, prócz tych, które nieodparcie się nasuwają.

Wielkiem ułatwieniem celowego prowadzenia jest dla Karlsbadu jego swoisty charakter »miasta zdrojowego«, wyłącznie na ten cel (jeszcze w XIV w.) założonego, którego cała 20-tysiączna stała ludność żyje ze zdrojów i dla zdrojów. Stąd Rada miejska jest zarazem Komisją zdrojową, a dyrektorem zdrojowiska jeden z burmistrzów; porządek dzienny częstych posiedzeń Rady wypełniają prawie wyłącznie sprawy prowadzenia zdrojowiska, a interes jego zgadza się z interesem każdego obywatela i całej gminy. Gdyby był inny skład mieszkańców, postaranoby się napewne o oddanie wyłącznego wpływu w gminie tylko tej części ludności, której na rozwoju zdrojowiska zależy. Miasto ma też szereg gdzieindziej nieznanych osobnych urzędów, stanowiących zrąb organizacji zdrojowej. Kierunki ustawicznego działania tej organizacji, dotyczące bezpośrednio zadań leczniczych, są następujące: higjena pomieszczeń dla gości, higjena żywienia z uwzględnieniem wskazań lekarskich (djetetyki), higjena powietrza, zaopatrywanie w wodę, zapobieganie chorobom zakaźnym, leczenie obłożnie chorych przyjezdnych, należyta gospodarka źródlana i kąpielowa, usunięcie ujemnych wpływów ubocznych, uwzględnienie wpływów psychicznych.

Sprawa pomieszczeń jest głównie w rękach Miejskiego Urzędu budowniczego i Miejskiego Fizykatu (Urzędu zdrowia). Przez wieloletnią planową politykę budowlaną doprowadziły ją one w znacznej części do rozwiązania, które było niełatwe. Karlsbad leży w wąskim wąwozie o bardzo wysokich stromych zboczach, (na podobieństwo Żegiestowa), zarazem skalistych, mocno krętym, co utrudnia naturalną wentylację; dno doliny wzdłuż rzeczki Tepli ma gdzieniegdzie poniżej 100 m. szerokości, domy są spiętrzone, najstarsza część za Sprudlem ciasna i wadliwie zabudowana. Stopniowo wysunięto wszystkie gospodarcze, najdy..niejsze i najhałaśliwsze składniki jakoto: warzelnie soli Karlsbadzkiej, zgęszczalnię bezwodnika kwasu węglowego, zyskiwanego ze źródeł (u nas marnowanego), hale targowe, rzeźnię, gazownię, elektrownię, pompy wodociągowe, przed wylot dolny Tepli, do szerokiej i przewiewnej doliny Egery. Tu też pomieszczono z boku w słonecznej wystawie szpital, niedawno (1902) rozszerzony i rozbudowany systemem pawilonowym i urządzony nowocześnie na 280 łóżek, z osobnemi pawilonami dla chorób wewnętrznych, chirurgicznych, wenerycznych, dziecięcych i zakaźnych; jeszcze dalej za miasto usunięto z przed oczu przyjezdnych cmentarz. Równocześnie odpowiednią polityką podatkową popierano przebudowę starego miasta, a gmina wykupuje i burzy całe bloki domów, aby uzyskać wolne przestrzenie, lepszą aerację starej dzielnicy, a zarazem udoskonalić komunikację (nawiasem mówiąc, traci Karlsbad przez te przebudowy swój staromodny urok, a zdaje się znikł przytem i dom, gdzie ongi zamieszkał Mickiewicz, przynajmniej znikła umieszczona tablica pamiątkowa; jest tylko pomnik, postawiony przez Polaków w roku 1897 w Parku Schillera). Nowe tereny budowlane otwarło miasto przez przeprowadzenie wzdłuż obu zboczy wąwozu w połowie ich wysokości (około 200 m. nad dnem) znakomitych dróg jezdnych z równoczesnem przerzuceniem na nie z jedynej poprzednio drogi nadteplańskiej całego prawie ciężkiego i hałaśliwego ruchu kołowego. Wynikły z tego takie korzyści, jakieby miało n. p. Zakopane przez przerzucenie ruchu na drogę pod Reglami i projektowaną drogę w połowie Gubałówki, albo Żegiestów przez drogę poziomą na wysokości źródeł. Tę działalność, przerwaną przez zubożenie powojenne (w roku 1919 nie doszła frekwencja całoroczna nawet do 15.000), gmina Karlsbadzka obecnie wznawia. Wojna zmniejszyła też znacznie liczbę »łóżek«, bo rozmaite obce instytucje (banki, zarządy przedsiębiorstw) i osoby prywatne, chroniąc się tutaj, pozajmowały domy, poprzednio wynajmowane chorym; zwiększyć liczbę »łóżek« przynajmniej do dawniejszej stara się miasto, usuwając przybyszów środkami prawnemi i popierając ruch budowlany.

Skanalizowanie miasta, ułatwione spadzistością terenu, utrudnione rozciągnięciem się miasta na przeszło 3 kilometry wzdłuż Tepli i skalistym gruntem, jest ukończone, a zaprowadzenie we wszystkich domach klozetów spłukiwanych, bardzo trudne technicznie i administracyjnie w starej dzielnicy, zostało w ostatnich latach zupełnie dokonane. Rodzaj wód zmuszał do zbudowania wielkiej liczby klozetów publicznych i do starannej o nie pieczy; użycie przy ich budowie wyszukanego komfortu nauczyło nawet najmniej kulturalnych chorych dbać o porządek i czystość, a rozsypanie małych ustępów wysoko po zboczach doliny wśród lasów zabezpiecza grunt w tych lasach od zanieczyszczenia dejektami. Większe ustępy mają zresztą obsługę. Mimo tej obfitości ustępów domaga się Miejski Urząd zdrowia budowy jeszcze liczniejszych i łatwiej spostrzegalnych ustępów publicznych, i słusznie. — U nas i liczba i czystość ustępów publicznych — wiadoma.

Zdrowe i niefałszowane żywienie chorych (i ludności miejscowej) uzyskano przez dobrą i doskonale działającą organizację nadzoru nad środkami żywności, wykonywanego jednak głównie nie przez Miejski Urząd lekarski, ale przez Miejski Urząd weterynaryjny, wyposażony w nowoczesną pracownię chemiczno-bakterjologiczną. Sprzedaż produktów surowych scentralizowano w zupełnie nowożytnie urządzonej i prowadzonej, bardzo dużej, krytej hali targowej (jakiej nie mają nawet duże nasze miasta), co nadzór bardzo ułatwia i potania, a skąd zaopatrują się sklepy detaliczne. Niewielką część produktów, którą odbierają ze wsi wprost konsumenci, oraz jakość mleka, przeważnie wprost im dostawianego, kontroluje trzech, fachowo wykształconych komisarzy targowych na krańcach miasta przy wwozie.

Egzekutywa jest w razie przekroczeń bardzo ostra

i skuteczna; dostawcę (wyłącznie chłopów okoliczni) karzą wysoką grzywną, czasem aresztem, konfiskatą, a przedewszystkiem nie zostają oni do miasta wpuszczeni, a ponieważ każdy ma stałego odbiorcę, który, nie otrzymawszy mleka, informuje się zaraz o przyczynę telefonicznie przedewszystkiem w Urzędzie weterynaryjnym, przeto już pierwszy taki przypadek przepłaca chłop utratą zbytu na długo, zanim nowego stałego klienta, pozyska. Kontrola mięsa scentralizowana jest w postępowo zbudowanej rzeźni, oczywiście z pracownią do trychinoskopji. We Francensbadzie i tutaj zapanowano nad drobną obnośną sprzedażą prostem rozporządzeniem, nie dopuszczającem do miasta dostawy poniżej ćwiartki mięsa i zmuszającem dostawców do poddawania się kontroli w oznaczonych miejscach i godzinach. Każdy kawał mięsa i wędlin musi przy sprzedaży być oznaczony stampilą urzędową.

Dostosowanie pożywienia chorych do wymagań djetetyki jest skutkiem tylko zgodnego działania ordynatorów zdrojowych w Karlsbadzie i działania wzajemnej konkurencji restauratorów, która też jest najlepszym regulatorem cen potraw. W każdej jadłodajni (prócz paru podrzędnych garkuchni, nie uczęszczanych przez chorych) jest obiad (»menu«) przyrządzony »kurgemäss«, bez tłuszczów zwierzęcych, na maśle, bez nadmiaru korzeni, i zawsze jest drugie gotowe zestawienie obiadu dla chorych na cukrzycę. Przypadki nienależytego przyrządzania potraw są rzadkie.

Powietrze w obrębie miasta nie zawiera pyłu ulicznego. Zapobiega mu nietylko asfaltowana nawierzchnia ulic najruchliwszej części, dobrze utrzymywany bruk kostkowy, układany łukami z cementowaniem szczelin, a w małej części drewniany w innych ulicach, ale nawet bardzo gładki makadam dróg i ścieżek na peryferji zdrojowiska nie rozpyla się dzięki pokrywaniu go co kilkanaście dni warstwą drobnego żwirku bazaltowego (bez miałkiego piasku), polewaniu tak częstemu, aby nie zasechł i zamiataniu. Zamiatanie to jest tak staranne, że nieraz widziałem, jak służba zdrojowa pochylała się dla zabrania zmiotką ręczną jednej wypalonej zapałki. Zamiatana też jest codziennie..... rzeka, przez dwóch ludzi, brodzących w waterach i usuwających miotłami i rodzajem szufli z całego biegu papierki i t. p (W Małopolsce trudno o tak staranną służbę, ale Pomorze, Poznańskie i Śląsk z ludnością wdrożoną do porządku i sumienności mogą jej dostarczać; wystarczyłoby stamtąd utworzyć kadry, za których wzorem pójdą miejscowi, jak to już wypróbowano w niektórych naszych szpitalach. To samo dotyczy kąpielowych i t. p.). Ta wielka czystość najlepiej edukuje publiczność i ta sama jej sfera, która u nas jest najniechlujniejsza, przybywszy tutaj, poprostu nie śmie niczem śmiecić; policja zupełnie nie potrzebuje interweniować.

Natomiast pilnuje osobna policja zdrojowa, by w godzinach picia wód nie zanieczyszczano powietrza dymem tytoniowym nietylko na deptakach krytych, ale nawet na sąsiednich ulicach. Jak są ułożone i zwykle interpretowane instrukcje o uprzejmości wobec publiki, malują dodane z uśmiechem słowa, gdy po delikatnem zwróceniu mi uwagi chciałem zgasić papierosa: »Ale tego niech już Pan skończy«. Służba ta jednak miewa i inne tony. Niestety większą od dymu tytoniowego klęską jest dym kominowy, obfitujący w sadzę wskutek palenia węglem brunatnym i zanieczyszczający nią mocno, zwłaszcza w dni chmurne, wąską dolinę. Jednakże czystą atmosferę osiąga się, wyszedłszy na lesiste zbocza lub ich szczyty, 100 do 300 m. w górę; aby to ułatwić chorym słabszym, chodzą co kilka minut 3 kolejki linowe (czwarta w budowie). Na dole zwalczanie dymu węglowego jest zdaje się niemożliwe; wszelkie patentowe pochłaniacze dymu nie wystarczają. Mogłoby pomódz tylko przejście do opalania gazem.

Obok dymu jest drugą słabą stroną Karlsbadu woda do picia. Wprawdzie miasto jest całe zaopatrzone w wodociągi, jeden z wodą użytkową, drugi z pitną, ale woda pitna pochodzi z warstw płytkich, dostępnych zanieczyszczeniu. Chroni od niego teren ochronny, zarazem stanowiący olbrzymi obszar przechadzek leśnych, zwiększany stopniowemi zakupami dalszych rewirów przez gminę (obecnie razem zajmuje około 1800 hektarów), a tak gęsto pocięty ścieżkami (razem długości 120 kilometrów) i zaopatrzony w ustępy, że już to samo go zabezpiecza. Niemniej tuż po wojnie włóczący się po lasach żołnierze zawlekli tyfus brzuszny, którego małą epidemję ówczesną, szybko zresztą stłumioną, przypisywano zakażeniu przez tych żołnierzy (szczepionych, roznosicieli zarazka) wód gruntowych (słodkich). Miasto chciało uzyskać z dalszych stron wodociąg, ubiegło je jednak sąsiednie miasteczko Fischern; w toku jest inne rozwiązanie tej ważnej sprawy.

Poza tą jedną małą epidemją jest zapobieganie chorobom zakaźnym bez zarzutu, wskutek bardzo ściśle przestrzeganych przepisów meldunkowych, dokładnego przeprowadzania izolacji, odkażania, zamykania szkół i innych znanych środków, oraz ciągłego śledzenia biuletynów sanitarnych innych państw i części kraju. Nawet tyfusu plamistego, tak łatwo się zawlekającego, było tu od czasu wojny tylko 3 przypadki, i to wśród przybyłych wprost z Polski. W urzędowych wykazach (nie ogłaszanych) sam sprawdziłem, że przypadków zakaźnych teraz prawie tu niema; stwierdzone 3—4 tygodniowo dotyczą chorych z okolicy, leczonych w tutejszym szpitalu. Natomiast trudna jest walka z chorobami wenerycznemi, którym sprzyja zwykły w zdrojowiskach światowych rozwój prostytucji. Zwłaszcza powojenne rozszerzenie się tych chorób obok wprowadzonego wtedy i w Czechach abolicjonizmu, utrudniającego nadzór prostytutek, szczególnie przyjezdnych, pogorszyło sytuację. W ostatnich trzech latach na 3758, 3438 i 3723 leczonych w szpitalu chorych, wypadało kiłowych 255, 215 201, innych wenerycznych 156, 126, 113, w tem średnio 80% kobiet.

Zdaje mi się, że u nas zamało zwraca się uwagi w zdrojowiskach na prostytucję i na choroby weneryczne, któreby i u nas powinny mieć osobne oddziały w szpitalach zdrojowych pod kierunkiem specjalistów. Natomiast nie nadaje się Karlsbad do zestawienia z naszemi zdrojowiskami co do żadnej innej funkcji szpitala miejscowego, zwłaszcza, że jest on tu leczeniem chorych zdrojowych tylko minimalnie obciążony (w trzech latach ostatnich 22, 25, 26 przypadków), a ma osobną lecznicę dla obcych z niewysokiemi opłatami, o charakterze instytucji humanitarnej, oraz kilka lecznic zamiejscowych Kas chorych. Funkcja oddziału epidemicznego i izolacyjnego dla kuracjuszy przedstawia się tu wręcz odwrotnie, niżby u nas wyglądała; jest pawilon duży i według rodzaju epidemji podzielny, ale pusty.

Racjonalna gospodarka źródlana może się opierać tylko na dobrych urządzeniach, dlatego krótko tylko nadmienię, że mimo nieprzebranego bogactwa źródeł (Sprudel sam, 2,500.000 litrów dziennie, zaspokaja eksport całoroczny w ciągu 1½ dnia, dziennie wypijaną wodę w ciągu 2 minut, a wystarczając na wszystkie kąpiele, w olbrzymiej przewadze odpływa, służąc mieszkańcom do mycia i prania) zamiast grzania osobnego wody są one pod nieustannym nadzorem osobnego Urzędu źródlanego pod kierunkiem inżyniera, specjalisty hydrotechnika, docenta dr. Kampego. Ciepłota, skład, ciśnienie i wydajność są ciągle badane, ciśnienie regulowane w kunsztownem ujęciu przez nader skomplikowaną maszynerję; źródła trzeba w stosownej chwili podwiercać, bo zatykają się osadem wapniowym i wtedy otwierają sobie nowy wypływ o kilkadziesiąt nieraz metrów dalej, jak to było przed kilkunastu laty ze Sprudlem, albo nawet mogłyby zginąć, jak się zdarzyło ze »Schlossbrunn«, który zdołano potem wskrzesić. W miarę potrzeby dowierca się dalsze źródła na zasadzie ścisłych badań. O ileż ciągłejszej kontroli technicznej i pracy odkrywczej wymagałyby nasze, po części nie dość wydajne zdroje. Przepełnieniu łazienek zapobiega nietylko dostateczna ilość kabin, ale też usytuowanie nowych budowli (IV i V) na obu końcach miasta (gdy stare służą dla jego centrum) i zaopatrzenie ich w tę samą wodę rurociągami, w kabiny borowinowe, w których tu szczególnie dba się o czystość i przyrządza borowinę świeżą do każdej kąpieli. Natłokowi przy kasach zapobiega funkcjonowanie równoczesne i wielogodzinne kilku okienek w różnych częściach każdego budynku łaziebnego i wdrożenie publiczności do

ogonków *), podobnie jak do polonezów (krążenia parami) w deptakach przy źródłach, co zresztą narzuca sama konstrukcja deptaków (kolumnada Mühlbrunn, Schlossbrunn) i czego pilnuje policja kąpielowa a ułatwia odpowiednio wprawiona obsługa źródeł, nie dająca z nich czerpać samym chorym i przy tem tamować ruchu. W kabinach służba nietylko w oczach chorego przyrządza kąpiel, ale też w jego oczach szuruje wanny i ściera mokro posadzkę przed i po kąpieli; bielizna kąpielowa jest wszędzie ogrzana. Regulatorem działania i cen istniejących prywatnych zakładów mechanoterapeutycznych i t. p. są odpowiednie miejskie zakłady, wśród których oczywiście nie brak hydroterapeutycznego. Przy zdrojach są też łatwo z ulicy dostępne miejskie płuczkarnie (»Gurgelhalle«).

Usuwanie ujemnych wpływów ubocznych częścią mieści się w powyżej wymienionych sposobach; reszta polega na usunięciu hałasu (asfalt, makadamowe szosy, zamykanie wypustu gazów [Auspuff] automobilów w czasie przejazdu przez miasto, maksymalna szybkość przejazdu na godz. 8 klm., przerzucenie ruchu ciężarowego ile możności na wspomniane już paralelle, wczesna godzina policyjna w wyszynkach i na ulicach, ostry regulamin porządku domowego co do godzin trzepania, zaka z muzyki i śpiewu po 10 godz. nawet w domach prywatnych i t. d.). Tylko od zaduchu spalonej benzyny i trąb samochodowych nie ma sposobu chorych ze wszystkiem uchronić, choć i tu stosuje się wszystko, co jest możliwe, jakoto: przerzucenie całego ruchu jezdnego na prawobrzeżną drogę nadteplańską, a pozostawienie lewobrzeżnej (a po części nawet przyległych do niej ulic) wyłącznie dla pieszych, co zarazem niezmiernie ułatwia pieszą komunikację; nakaz jazdy krokiem i zupełnego nieużywania trąb samochodowych w sąsiedztwie koncertów ogrodowych i t. d. Tych zakazów pilnuje policja (państwowa) niezmiernie surowo i z zupełnym skutkiem. Do tej grupy sposobów prowadzenia zdrojowiska należy też dobór ludzi we wszystkich urzędach i czujność aby praca ich była wzorowo szybka, poprawna i uprzejma.

Uwzględnienie wpływów psychicznych mieści się nietylko w »uprzyjemnieniach« sezonu,— na który do stałego zresztą teatru ś c i ą g a miasto najlepsze trupy (z Pragi, Wiednia) i reguluje poziom i jakość mnogich orkiestr koncertami symfonicznemi własnej wielkiej orkiestry, rekrutowanej z dyplomowanych konserwatorzystów a płatnej stale przez rok cały z kasy miejskiej, —ale też w jakim-takim nadzorze cen wszystkich przedsiębiorstw prywatnych. Dopomaga w tem miejscowa prasa, natychmiast podnosząca larum, ilekroć przejawi się chętka nadmiernego sezonowego zysku u hotelarzy i t. p. Jestto oczywiście przedewszystkiem dobrze zrozumiany interes, bo zbyt wielka drożyzna ułatwiłaby konkurencję pokrewnych zdrojowisk (Kissingen), na razie niewielką wskutek drożyzny w Niemczech. Szczęściem dla siebie ma Karlsbad dziwnie pracowitą ludność; miejscowi wiarogodni mieszkańcy zapewniają, że służba domowa, zdrojowa, handlowa pracuje do 18 godzin dziennie (i jak!) i że gdyby nastał jakiś 8- czy 10-godzinny dzień roboczy, to koszt ruchu zdrojowego wskutek koniecznego wtedy podwojenia personalu takby się zwiększył, że Karlsbad, mimo wszystkich właściwości swych wód i wyrobionej prawie od stu lat techniki ich stosowania lekarskiego, mimo wszystkich swych urządzeń i całej organizacji prowadzenia zdrojowiska, nie wytrzymałby zapewne na stałe współzawodnictwa zdrojowisk z nim konkurujących. Ludność może nie zdaje sobie z tego sprawy, kierując się raczej tem, że pracując więcej, doskonale zarabia. Ale ta właściwa ludności pracowitość, łącznie z chęcią zarobków, otaczając przybyłego chorego gorliwą wszędzie usługą, trzymając handle i przedsiębiorstwa otwarte od świtu do nocy (spożywcze od 6 rano do 10 wieczór) a przez wiele godzin w dni świąteczne (rano i popołudniu), daje mu wrażenie, że tu wszystko jest dla j e g o wygody, że wszyscy chcą mu pomóc do wyleczenia się. Może w tem trochę prawdy. Starsze pokolenie mieszkańców (w młodszem to już zanika) ma względem chorego, poza interesem, pewien nastrój humanitaryzmu. Nie można go nie zaliczyć do celowych sposobów prowadzenia zdrojowiska, zwłaszcza, że bywa podtrzymywany. Ludność tutejsza, katolicka, jest bardzo religijna; na wczesnem rannem, tylko przez nią uczęszczanem nabożeństwie, kaznodzieja wskazywał, jako »czynną« miłość bliźniego, stosowną dla mieszkańców zdrojowiska, staranie się wszelkiemi siłami, aby chorzy tu przyjeżdżający, zdrowieli. Fakt jest zupełnie autentyczny.

Niema żadnej przeszkody, aby u nas nie podejmowano podobnych usiłowań dostrojenia ludności do leczniczych zadań zdrojowiska.

Niema wątpliwości, że wiele ze stosowanych celowo w Karlsbadzie (i innych zdrojowiskach środkowo-europejskich) sposobów p r o w a d z e n i a zdrojowiska nieprędko jeszcze u nas da się wprowadzić; ale nie sądzę, aby pewna część nie dała się odrazu naśladować, nawet już w tegorocznym sezonie. Na kosztowniejsze przyjdzie czas później. Nacisk na zdrojowiska nasze o poprawę ich prowadzenia może wywrzeć tylko ogół lekarski, wychodząc z lekarskiego punktu widzenia, musi jednak być, choćby pobieżnie, poinformowany.

To chciałem w miarę moich sił zrobić w niniejszym artykuliku.

*) Wprowadzono zresztą przedpłatę całej serji kąpieli, nawet na parę miesięcy wcześniej.

Przegląd piśmiennictwa.

Presse médicale.

Nr. 10. 1924.

R. D e b r é i L. L a p l a n e. **Opis kliniczny początkowego okresu gruźlicy.** Autorzy podają opisy kliniczne, dotyczące przypadków, w których przenikanie laseczników gruźliczych do ustroju było spostrzegane niemal od samego początku. Badania były przeprowadzane w warunkach wyjątkowo sprzyjających, w żłóbku szpitala L a e n n e c 'a, na oseskach kilkotygodniowych lub kilkomiesięcznych 2 rodzin obarczonych gruźlicą. Natychmiast po przyjęciu oseska odosobniano go od matki i przeprowadzano badania kliniczne i radjologiczne. Pozatem dokonywano szeregu odczynów tuberkulicznych (raz lub kilka razy tygodniowo), aby uchwycić ściśle chwilę, w której odczyn staje się dodatni. Jak i wszelkie inne schorzenia zakaźne, gruźlica posiada okres wylęgania t. zw. przedallergiczny (ustrój nie daje odczynu wówczas na tuberkulinę). Trwanie tego okresu jest zmienne dłuższe od 2—3-ch tygodni, nie przekracza 4-ch miesięcy. Wahania takie zależą od liczby i zjadliwości zarazka. Naogół o ile okres wylęgania trwa krócej niż 6 tygodni, świadczy to o ciężkiej postaci zakażenia: rokowanie wówczas jest złe. Rokowanie w przypadkach o okresie wylęgania ponad $2^1/_2$ miesiąca jest pomyślne. W okresie tym, niezależnie od jego trwania, nie spostrzegamy żadnych zmian w stanie ogólnym oseska: ciepłota pozostaje normalna, łaknienie dobrem, dziecko rozwija się prawidłowo; badanie płuc fizykalne i radjologiczne nie wykazuje zmian.

Po okresie wylęgania następuje okres wkroczny (*période d'invasion*), cechujący się następującemi objawami ogólnemi: 1. gorączką, która stanowi najważniejszy i najbardziej stały objaw; waha się od $37,5^0$ do $39,8^0$ ze spadkiem szybkim, w 1 lub 2 dni, lub też powolny w przeciągu 5—6 dni, i trwa zwykle od 4-ch do 8-miu dni, rzadziej mniej lub więcej (do 15—20 dni). 2. spadek wagi ciała, nie przekraczający zresztą zwykle 200 gr. Znaczny spadek wagi (600 gr.) bywa rzadko. 3. zaburzenia trawienia — rozwolnienia, rzadko wymioty. Na 3—8-my dzień gorączki występuje już dodatni odczyn skórny tuberkulinowy, który jednak zjawiać się może niekiedy po ustąpieniu gorączki lub też rzadziej od początku podniesienia ciepłoty, niekiedy nawet poprzedzając je. Równocześnie z objawami ogólnemi dokładne badanie pozwala wykryć nieznaczne i niestałe objawy anatomiczne. Zjawia się niewielki, suchy kaszel, niekiedy ochrypły, wyjątkowo rzadko krztuścowy. Badanie fizykalne klatki piersiowej nie wykrywa zazwyczaj zmian, gdyż pojedynczy, niewielki guzek serowaty w głębi miąższu nie może dać wyraźnych objawów wypukowych i wysłuchowych. Jedynie szereg zdjęć roentgenowskich wykazuje pewne zmiany. 1^0 pierwotny gruzełek, jako małą, ciemną plamkę najczęściej w dolnym płacie płuca, zwykle prawego; 2^0 zmiany gruczo-

łów wnękowych i śródpiersiowych i wreszcie 3° dość rozległe zaciemnienie, zajmujące cały płat lub większą część jego, w postaci trójkąta, o podstawie zwróconej do obwodu i o wierzchołku w kierunku wnęki, odpowiadające stwardnieniu naokoło gruzełka pierwotnego. Zaciemnienie to po pewnym czasie znika, pozostawiając po sobie jedynie ciemne jądro, świadczące o początkowem gruźliczem ognisku.

Wkrótce objawy początkowych zmian płucno-gruczołowych ustępują — zaczyna się okres utajony, trwający krócej lub dłużej, zależnie od ciężkości schorzenia. Po kilku dniach lub tygodniach, rzadziej po kilku miesiącach gorączka wznawia się, występują ponownie różne objawy: spostrzegamy zwykły rozwój gruźlicy w postaci następujących po sobie kolejno obostrzeń. W przypadkach pomyślnych po przejściu okresu wkrocznego, dziecko rozwija się normalnie lub też, nie wykazując żadnych widocznych zmian gruźliczych, rozwija się nieco powolniej, aniżeli zdrowe dziecko. Wobec tego, że nawet w słabym ustroju oseska zakażenie gruźlicze w początku wywołuje b. niewielkie zmiany, zrozumiałem jest, dlaczego przenikanie laseczników do ustroju dziecka starszego pozostaje zwykle nierozpoznane.

Nr. 11.

H. Vaquez i J. Cottet. **Rozważania nad podstawami fizjo-patologicznemi próby diurezy wywołanej.** Zwykłe obliczenie wydolności czynnościowej nerek w zależności od wahań wydalania i stężania moczu po podaniu choremu pewnej ilości wody, nie rozwiązuje całkowicie zagadnienia, gdyż zmiany w wydalaniu mogą zależeć od czynników pozanerkowych lub, conajmniej, niezależnych od wydolności wydzielniczej nerek, które warunkują wogóle krążenie wody w ustroju i stąd jej dopływ do nerek.

Naogół szybkie występowanie obfitego wydalania moczu o niskim ciężarze gatunkowym (około 1001) po podaniu pewnej ilości wody w warunkach najkorzystniejszych dla wydalania, t. j. rano, naczczo w stanie równowagi chlorkowej, w leżącem położeniu chorego i t. d. świadczy o dobrze zachowanej wydolności wydzielniczej nerek. Naodwrót zaś nie możemy wnioskować o złej wydolności nerek na zasadzie braku lub słabego natężenia wydalania moczu, gdyż zjawisko to może zależeć od złego krążenia wody w ustroju. Wpływ tego czynnika można do pewnego stopnia określić, zwróciwszy uwagę z jednej strony na stężenie moczu, z drugiej zaś na wpływ położenia pionowego lub poziomego chorego na wydalanie moczu.

Na tej podstawie została przed 13-stu laty ustalona próba diurezy wywołanej, która ma wyższość nad badaniem czynnościowem nerek sposobem Albarrana, mimo, iż ten ostatni dzięki zastosowaniu cewnikowania moczowodów daje pewne wskazówki co do czynnościowej wydolności każdej nerki z osobna, nie uwzględnia jednak czynników pozanerkowych. Podobne zarzuty autorzy czynią próbie podanej przez Viollea (*l'épreuve de diurèse fractionnée, Presse médicale Nr. 100, 1923)*, która nie uwzględnia ani rytmu dobowego wydalania moczu, ani stężenia jego, ani wydalania chlorków, ani też wpływu zmiany położenia chorego na wydalanie.

Nr. 12.

Noël Fiessinger i Paul Brodin. **Zespół żółtaczkowo-puchlinowy w zapaleniach włóknistych wątroby (hépatites scléreuses).** W pewnych przypadkach marskości wątroby o powolnym przebiegu pod wpływem bodźca trującego lub zakaźnego, możemy niekiedy spostrzegać zespół kliniczny, cechujący się występowaniem wyraźnej żółtaczki, mniej lub więcej uporczywej, z odbarwieniem stolców, rzadziej bez odbarwienia ich, oraz zjawieniem się później puchliny brzusznej. Szybkość występowania oraz natężenie puchliny waha się w różnych przypadkach dość znacznie. Bradykardji zwykle brak; swędzenie skóry nie jest stałe. Zespół ten ma przebieg zazwyczaj ostry lub podostry; zejście bywa zwykle śmiertelne. Wyjątkowe przypadki z zejściem pomyślnem zależą od przemijającego ostrego zatrucia n. p. znieczulenie ogólne. Na sekcji stwierdzamy znaczną marskość pierścieniowatą i zwyrodnienie tłuszczowe, przyczem marskość jest pochodzenia dawnego, świeżą zaś sprawą jest miąższowe zwyrodnienie tłuszczowe, które stanowi istotną przyczynę opisanego zespołu. Komórki wątrobowe w przebiegu zwyrodnienia tłuszczowego zwiększają swe wymiary. Wobec zaś tego, że są one zamknięte w zraziku przez pierścień tkanki włóknistej, odpływ krwi i żółci przez zwężone kanaliki jest znacznie utrudniony i stąd szybkie występowanie żółtaczki i puchliny brzusznej wskutek wzmożonego ciśnienia w układzie żyły wrotnej. Puchlina zatem zależy pośrednio od zwyradniającego zapalenia wątroby. Pogląd ten wyjaśnia, dlaczego w pewnych przypadkach puchlina może zupełnie ustąpić, mimo, iż marskość wątroby istnieje nadal.

Leczenie winno polegać na wczesnem, stałem i długiem stosowaniu opoterapji wątrobowej, ścisłej djety i bezwzględnego spoczynku. W razie powiększania się puchliny autorzy stosowali dożylne zastrzyki preparatów cyjanowych lub chinino-bizmutowych, które w pewnych przypadkach wywoływały zbawienną diurezę, w ciężkich zaś o szybkim przebiegu niestety nie działały zupełnie.

Aleksander Krause (Warszawa).

Nr. 13.

E. Papin i L. Ambard. **Znieczulanie etylenem.** Poszukiwania bezskuteczne środka znieczulającego pewnego i zarazem nieszkodliwego trwają dotąd. Eter i chloroform, wywołując głęboki sen z zupełnym bezwładem mięśniowym, są przyczyną nieraz ciężkich powikłań, jużto w postaci zapadu w czasie znieczulania, jużto powikłań późniejszych ze strony płuc, wątroby, nerek. Podtlenek azotu jest nieszkodliwy, lecz jako środek znieczulający jest słaby. Wzmocnić jego działanie można przez wywołanie niedotlenności krwi, t. j. zaduszenie dwutlenkiem węgla, co zwykle czynią świadomie lub nieświadomie wszyscy znieczulający; wszakże dłużej trwające zaduszenie nie jest obojętne dla chorego, gdyż może wywołać zapad i znaczny spadek ciśnienia tętniczego. O etylenie i acetylenie już w 1864 roku zrobił wzmiankę Ludimar Hermann, a w 1885 Lusseur robił badania doświadczalne na zwierzętach, lecz dopiero w zeszłym roku autorowie, wskutek zachęcających prób na zwierzętach, zaczęli stosować etylen u ludzi. Jestto gaz o przyjemnym zapachu przypominającym olejek różany, dający z tlenem mieszaninę wybuchową. Usypia się chorego etylenem zapomocą aparatu, używanego do usypiania podtlenkiem azotu; znieczulenie podtrzymuje się następnie wydychanym dwutlenkiem węgla, którego zawartość w aparacie dosięga 30 do 40%, przy 20 do 30% tlenu. Od czasu do czasu dodaje się tlenu w dawkach niezbędnych dla uniknięcia sinicy. Chory po krótkim okresie podniecenia usypia, po 5—10 minutach zniesienie czucia bólu i bezwład mięśniowy są dostateczne do wykonania zabiegu; po 15—20 minutach znika odruch spojówkowy i kolanowy, bezwład mięśniowy jest zupełny, oddech normalny, ciśnienie tętnicze bez zmiany. Żadne powikłania ze strony płuc, wątroby i nerek nie występują. Autorowie uważają, że chirurdzy powinni zwrócić uwagę na ten środek zupełnie nieszkodliwy, a pozwalający wykonać najtrudniejsze operacje. *A. Żabczyńska* (Warszawa).

Archives des Maladies de l'Appareil digestif.

Tom XIV. Nr. 1.

J. C. Roux i R. Goiffon. **O oznaczaniu zawartości kwasów organicznych w stolcu i jego znaczeniu klinicznem.** Zawartość kwasów organicznych w stolcu jest miarą działalności drobnoustrojów, wywołujących procesy fermentacyjne w jelicie grubem, a zwłaszcza w kątnicy.

Zastosowanie przez autorów metody Palmera i Slyka do oznaczania kwasów organicznych w kale, pozwala ocenić w praktyce klinicznej nasilenie tych procesów.

Autorowie podkreślają znaczenie tej metody tam, gdzie badanie oddziaływania stolca na lakmus nie daje dostatecznych wskazówek o wzajemnym stosunku procesów fermentacyjnych i gnilnych w jelicie grubem. Zdarza się bowiem, że pomimo zwiększonej fermentacji, a więc zwiększonej ilości kwasów organicznych, stolec reaguje zasadowo skutkiem zobojętnienia przez wzmożoną wydzielinę błony śluzowej jelita. Naodwrót, przy zmiejszonych procesach fermentacyjnych, stolec oddziaływać może kwaśno, jeżeli wydzielina

błony śluzowej jest zbyt skąpa, lub pasaż przez jelita przyśpieszony.

Nr. 2.

M. Labbé. **O rozpoznawaniu śpiączki cukrzycowej.** Rozpoznanie pierwszych objawów zbliżającej się śpiączki ma pierwszorzędne znaczenie dla lekarza, gdyż tylko w tym okresie wdrożenie energicznego leczenia daje nadzieję usunięcia groźnego stanu.

Autor kładzie nacisk na różnorodność objawów początkowych, jak uczucie osłabienia, bóle w dołku podsercowym, suchość języka, szybko postępujące wychudnięcie, niekiedy wymioty lub biegunka, wreszcie senność i charakterystyczne pogłębienie oddechów.

Ważnym środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu zbliżającej się śpiączki jest ilościowe oznaczenie ciał ketonowych w moczu, których ilość szybko wzrasta.

Większe trudności sprawiać może obraz śpiączki już rozwiniętej. Zdarza się bowiem, że rozpoznaje się u djabetyków, dotkniętych insultem apoplektycznym lub mocznicą, śpiączkę cukrzycową, opierając się na obecności cukru i acetonu w moczu. Pomyłki te nie należą do rzadkości u osobników chorych na cukrzycę, przy równoczesnej otyłości i hypertonji, u których z biegiem czasu zjawia się zwyczaj niedomoga czynności nerek. Jednak pamiętać należy, że insultowi apoplektycznemu wogóle towarzyszyć może przemijający cukromocz i acetonurja, co może być przyczyną błędnego rozpoznania cukrzycy.

D. Daniélopolu i A Carniol. **Badania nad odruchem oczno-żołądkowym.** Na podstawie szeregu gastrogramów wykonanych aparatem własnego pomysłu, autorowie analizują wpływ ucisku na gałki oczne na ruchy żołądkowe. Wywołuje on zazwyczaj zahamowanie perystaltyki żołądka trwające w doświadczeniach autorów od 2—6 minut.

Po okresie tym występował, niekiedy krótkotrwały okres przyśpieszenia i wzmożenia skurczów, wyraźny zwłaszcza u osobników z podwyższonem napięciem układu wegetatywnego.

Za drogę odśrodkową dla tego odruchu przyjąć należy wobec powyższych spostrzeżeń tak nerw sympatyczny, hamujący, jak parasympatyczny, pobudzający ruchy żołądka, przyczem zaznacza się wyraźna przewaga wpływów hamujących. Fakt ten zgadza się z poprzedniemi spostrzeżeniami autorów nad odruchami oczno-trzewnemi. Drogę odśrodkową dla odruchu oczno-sercowego stanowi nerw błędny, zarówno jak sympatyczny, jednak i tu działanie hamujące przeważa nad pobudzającem.

Le Noir, A. Savignac i Barreau. **Przetoka żołądkowo-jelitowa wywołana przez raka okrężnicy.** Opis przypadku raka okrężnicy o wyjątkowo długim przebiegu i zejściu śmiertelnem wśród objawów postępującej anemji i uporczywej biegunki.

Powikłanie stosunkowo rzadko spotykane stanowiło wytworzenie się przetoki jelitowo-żołądkowej, skutkiem przejścia guza na ścianę żołądka.

Rozpoznanie właściwe uniemożliwiał brak objawów zwężenia światła jelita, i ujemny wynik badania radjologicznego, które podejrzywając obecność guza w zakresie okrężnicy, nie wykazywało jednak obecności przetoki.

J. C. Roux i Goiffon. **O zaburzeniach jelitowych skutkiem niedostatecznego trawienia węglowodanów.** Węglowodany wprowadzone z pokarmami do ustroju, podlegają nietylko działaniu soków trawiennych, ale i drobnoustrojów wywołujących procesy fermentacyjne w górnym odcinku okrężnicy. Jeżeli z jakiegokolwiek powodu ilość zaczynów trawiennych się zmniejszy, wówczas obfite ilości niestrawionej skrobji przedostają się do jelita grubego i stanowią tam korzystne podłoże dla rozwoju bakteryj jelitowych. Wzmożone procesy fermentacyjne wywołują nadmierną produkcję kwasów organicznych i gazów, a ciała te działając drażniąco na błonę śluzową jelita, wywołują szereg objawów klinicznych.

Do najważniejszych z nich należą:

1. Bóle, bądź umiejscowione w zakresie okrężnicy wstępującej, bądź obejmujące całe jelito grube. Bóle te mogą być niekiedy przyczyną mylnego rozpoznawania stanów zapalnych wyrostka robaczkowego. 2. Wzdęcie, wywołane nagromadzeniem się gazów, powstałych zwłaszcza przez fermentację błonnika. 3. Biegunki, które są najsłabszym objawem, wywołanym przez nieprawidłowe fermentacje jelitowe. W stanach tych, stosowana zazwyczaj przy katarze kiszek djeta węglowodanowa wywołuje raczej pogorszenie dolegliwości. Dokładne zbadanie stolca, a zwłaszcza ilościowe oznaczenie kwasów organicznych, będących miarą nasilenia procesów fermentacyjnych, ułatwia właściwe rozpoznanie.

Leczenie polega na ograniczeniu dowozu węglowodanów i podawaniu ich w najłatwiej strawnej formie.

Węglan wapnia podawany łyżeczkami kilka razy dziennie, zmniejsza bóle i usuwa biegunki przez zobojętnienie kwasów wytworzonych w jelicie Ponadto preparaty trzustkowe lub małe dawki belladonny mogą stanowić, w leczeniu tych schorzeń, cenny środek pomocniczy.

Z. Czeżowska (Lwów).

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

III. 53. 1923.

Kleinschmidt. **Gorączka wywołana spożytem białkiem a zatrucie pokarmowe.** W szeregu przypadków przy podaniu mleka białkowego Finkelsteina i odpowiedniej ilości wody, *per clysma*, stwierdzono różnorodny odczyn, raz wzmożoną ciepłotę to znów brak jej. Stąd wniosek, że goraczkę po białku wywołuje nadmiar jego obok zaburzenia w przepuszczalności ścian przewodu pokarmowego, jeżeli zaś dołączy się do tego czynnik wysuszający organizm, wówczas występuje obraz ostrego zatrucia pokarmowego.

Orgler. **W sprawie powstawania ostrych zaburzeń w odżywianiu.** Na 20 dzieci odżywianych mlekiem, pochodzącem od krów z zarazą pyska i racic, zachorowało 19 na lekkie zaburzenie w odżywianiu w różnych odstępach czasu, 4 dzieci w 2—3 dni, 11 po 8, a dalszych 4 po 8—14 dniach, wszystkie dzieci przeszły poprzednio czerwonkę.

Z szeregu innych dzieci, żywionych z powodu zaniku *(atrophia)*, mlekiem pełnem z zaprażką Moro, w której zamiast masła używano margaryny, zachorowało 4 dzieci wśród mniej lub więcej silnych objawów zaburzenia w odżywianiu, 2 miało tylko kilka wolnych stolców, 1 często wolne stolce, a 1 wykazało objawy zatrucia pokarmowego.

Scheer i Salomon. **Patogeneza i leczenie tężyczki.** I. doniesienie: Zawartość fosforu rozpuszczającego się w kwasach i lipoidach surowicy krwi. Badania metodą Greenwalda wykazują spadek ilości fosforu tak rozpuszczającego się w kwasach jak i lipoidach w stosunku do normy w przypadkach zapalenia płuc i krzywicy, wzrost zaś w przypadkach skazy skurczowej (w bardzo ciężkich przypadkach skazy skurczowej — »*Phosphattetanie*« — znaczny wzrost ilości fosforu rozpuszczającego się w kwasach i znaczny spadek fosforu lipoidalnego). Podobnie przedstawia się iloraz wyrażający stosunek fosforu rozpuszczającego się w kwasach do fosforu lipoidalnego. Naświetlanie lampą kwarcową w krzywicy, jak leczenie tężyczki mlekiem z kwasem solnym powoduje sprowadzenie ilości fosforu do normy.

Cahn. **O leczeniu dychawicy oskrzelowej zapomocą tuberkuliny.** Z 14 dzieci cierpiących na dychawicę oskrzelową tylko 7 miało dodatni odczyn tuberkulinowy. Z tych 3 po zastosowaniu tuberkuliny nie miało do 3 miesięcy więcej niż jeden krótki atak, pozostałych 4 nie uleczono. Z pośród 7 dzieci z ujemnym odczynem Pirqueta, 3 poddano leczeniu tuberkuliną, z tych 1 do 2 miesięcy nie miało ataków. Stosowano zastrzyki podskórne 1 cm^3 starej tuberkuliny 1:100.000 w tygodniowych odstępach lub częściej, zależnie od natężenia odczynu Pirqueta.

Rosenbaum. **W sprawie patogenezy ostrych zaburzeń odżywiania.** XI. doniesienie. **Sok żołądkowy przy pożywieniu bogatem w białko.** Wzmożone wydzielanie soku żołądkowego przy podawaniu oseskom pożywienia bogatszego w białko niż mleko kobiece, nie polega na zwyczajnem rozcieńczeniu. Krzywa chloru przy mleku krowiem odrazu i stale wzrasta, w przeciwieństwie do stosunków przy mleku kobiecem, gdzie krzywa ta nie wykazuje większych wahań. Podobnie rzecz ma się i z pepsyną.

XII. doniesienie. **Czas opróżnienia żołądka, okres pep-**

tycznego nadtrawienia a dodatek kwasu solnego. Dodanie kwasu solnego do mleka krowiego nie przyczyniło się do przyśpieszenia czasu opróżnienia żołądka, jak się to dzieje z mlekiem krowiem, które uległo przefermentowaniu zapomocą pepsyny.

Sokołow. **Ciężar grasicy w wieku niemowlęcym.** Zestawienie dotychczasowych statystyk jak i własne badania ciekawe ze względu na porównawcze ustosunkowanie wagi grasicy do wagi ciała.

IV. 52. 1923.

Moll i Langer. **O zmianach we krwi przy leczeniu ciałami białkowatemi u niemowląt.** Wiek niemowlęcy odznacza się małą wrażliwością na pozatrzewiowe wprowadzenie białka, również i zmiany we krwi są niepewne i nieznaczne. Zauważono zmiany w ilości fibrynogenu, który po zastrzyku wzrasta jak i wzrost ciałek białych. W przypadkach, w których badano szybkość opadania krwinek, skrócenie czasu szło w parze ze zwiększoną ilością fibrynogenu.

Opitz i Schober. **Kliniczne i doświadczalne studja nad znaczeniem płytek krwi dla kurczliwości skrzepu krwi.** Kurczliwość skrzepu krwi zależna jest od ilości płytek krwi. Przy 100.000 płytek tworzy się dobry skrzep, przy 75.000 gorszy, a przy 45.000 następuje zupełne wstrzymanie krzepnięcia. Czynnik powodujący krzepnięcie znajduje się w płytkach krwi, w małym tylko stopniu w wyciągu z tychże, jak i w odwłóknionej surowicy.

Klinke. **Badania nad przemianą białka w maślance.** Autor starał się dociec, czy pod wpływem bakteryj zachodzi znaczniejsza przemiana białka, jednak zaledwie 2—3% ogólnego azotu ulega peptonizacji pod wpływem *bac. lactici ac.* a jakakolwiek ważniejsza zmiana w strukturze sernika nie zachodzi. Przemiana białka w tak nikłym procencie jest praktycznie bez znaczenia.

Greiner. **Badania nad zaczynami rozpuszczającemi tłuszcze w soku dwunastnicy u osesków.** Autorka zastanawiając się nad faktem, że niemowlęta, które przy piersi nie przybywają na wadze, mimo, iż są pozatem zupełnie zdrowe, po zastosowaniu dokarmiania zazwyczaj mniej zawierającego tłuszczu niż pokarm matki, przybywają doskonale na wadze, przypuszcza, że powodem jest zmniejszenie, czy brak zaczynów rozszczepiających tłuszcze. Badania w tym kierunku z sokiem dwunastnicy przeprowadzone potwierdziły te przypuszczenia, wykazały podobne, choć mniej wybitne obniżenie w przypadkach skazy wysiękowej. Dalsze badania, zwłaszcza co do leczniczego działania zapomocą zaczynów w toku.

Steiner i Beck. **Rozpoznawcze znaczenie zawartości chloru w płynie mózgowo-rdzeniowym.** W 101 przypadkach, w których autorowie badali płyn mózgowo-rdzeniowy tak pod względem zawartości chloru jak i porównawczo zawartości cukru, komórek i odczynu Pandy'ego, okazało się, że obniżenie wartości chloru w płynie mózgowo-rdzeniowym poniżej 0,6% wskazuje na zapalenie opon mózgowych, mniejsze obniżenie (0,6—0,66%) znaleziono również w przypadkach t. zw. meningismu. Wzrost wartości chloru po pierwotnem obniżeniu przemawia przeciw gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych. *Piechowski* (Lwów).

Annales de Médecine.

T. XIV. Nr. 2.

B. Dujardin i Ch. Duprez. **Allergja w gruźlicy i kile.** Autorowie przeprowadzili szereg badań nad allergją organizmu w stosunku zarówno do ciał swoistych jak i nieswoistych u kilkunastu chorych na gruźlicę i kiłę.

Swoisty odczyn u pierwszej kategorji chorych wywoływali autorowie zapomocą śródskórnego wstrzykiwania 0,1 cm^3 jednoprocentowej tuberkuliny, u chorych zaś drugiej kategorji zapomocą również śródskórnego wstrzykiwania luetyny Noguchi'ego lub pallidyny Fieber'a i Klausnera. Jako ciało nieswoiste służyło autorom mleko (0,2 cm^3 — mleka krowiego rozcieńczonego do połowy płynem fizjologicznym; płyn ten gotuje się i przesącza). Autorowie zastrzykiwali chorym ciała swoiste dla ich schorzeń, kiedyindziej ciała obojętne — nieswoiste, i wreszcie chorym na kiłę — wstrzykiwali tuberkulinę. W rezultacie ustalili autorowie, że w pewnych przypadkach zakażenie przewlekłe wywołuje nadczułość organizmu w stosunku do czynnika chorobotwórczego lub jego trucizn, ale że nadczułość ta istnieje także w stosunku do ciał nieswoistych. Ten wynik prac autorów znakomicie popiera znane oddawna spostrzeżenie kliniczne o włóknistym charakterze gruźlicy u chorych na kiłę, z drugiej zaś strony o znikaniu swoistego odczynu we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym tabetyków, dotkniętych gruźlicą włóknistą.

Autorowie radzą stosować w kile w celach leczniczych, wobec braku ciał swoistych, zastrzyki ciał nieswoistych n. p. mleka. Zachęca do tego zastrzykiwanie tuberkuliny w kile, stosowane od niedawna, a opierające się zresztą na innych zgoła teoretycznych przesłankach.

T. XIV. Nr. 3.

E. Lenoble. **Kliniczne, graficzne i anatomiczne badanie zaburzeń w miarowości serca w przewlekłem zakaźnem zapaleniu wsierdzia.** Autor spostrzegał 5 przypadków przewlekłego zapalenia wsierdzia, o typowym przebiegu klinicznym i obrazie sekcyjnym; w jednym tylko przypadku sekcja nie była wykonana, gdyż chory wypisał się ze szpitala na parę dni przed śmiercią. U wszystkich tych chorych stwierdzał autor niemiarowość czynności serca, o różnem zresztą natężeniu i w rozmaitych okresach choroby występującą. Stwierdził więc: skurcze dodatkowe komorowe, częstoskurcz napadowy typu przedsionkowego, i wreszcie niemiarowość zupełną, występującą niekiedy od początku, najczęściej jednak ku końcowi schorzenia i rozwijającą się z rozmaitych typów niemiarowości.

Starając się objaśnić powstawanie zaburzeń w rytmie serca w przewlekłych zapaleniach wsierdzia, nieusprawiedliwionych nieznacznemi zmianami anatomicznemi w mięśniu sercowym — autor przypuszcza, że wywołują je jady drobnoustrojów, przedostające się z zastawki dwudzielnej lub z zastawek tętnicy głównej do znajdujących się w bezpośredniem z nimi sąsiedztwie naczyń wieńcowych serca, mięśnia przedsionków, włókien Wenckebacha, pęczka Hiss'a. Należy się również liczyć, w myśl prawa Stockes,a, z t. zw. porażeniem przez sąsiedztwo (*paralysie de voisinage*).

W końcu podkreśla autor słuszność zdania Mackenzie'go, że wszelkie zakaźne cierpienie serca, połączone z wysoką ciepłotą nazywać należy *»carditis«*, gdyż działalność drobnoustrojów chorobotwórczych nigdy nie ogranicza się do jednej tylko którejkolwiek tkanki serca.

Eugène Urech. **Stan czynnościowy nerek w cukrzycy.** Autor podaje wyniki swych badań nad stanem czynnościowym nerek u 12 chorych, cierpiących na lżejszą lub cięższą postać cukrzycy w wieku od 15—22 i od 43—76 lat.

W celu zorjentowania się co do stanu nerek, badał on ich zdolność stężania i wydzielania moczu, ilość mocznika we krwi, ciśnienie tętnicze krwi, ilość białka we krwi (refraktometrem), ilość cukru we krwi, wagę ciała i ilość chlorków moczu zapomocą miareczkowania dziesięcionormalnym roztworem azotanu srebra. Do określania zdolności nerek do wydzielania chlorków posługiwał się autor dwiema metodami: pierwsza polega na tem, że badanemu, po osiągnięciu równowagi wagi i przemiany chlorków, zapomocą ograniczenia ich spożywania do ilości 1,5—2,0 NaCl dziennie — podawano w przeciągu 3 dni określone dawki czystego NaCl n. p. 10 gr. dziennie, poczem porównywano ilość chlorków wydzielaną w 4-o dniowym okresie poprzedzającym wzmożone podawanie chlorków — z ilością wydzielaną podczas 3 dni wzmożonego podawania chlorków i w ciągu doby następnej. Jeśli nerki wydzielały chlorki dobrze różnica powinna wynosić 30 gramów t. j. ilość spożytą w ciągu 3 dni próby.

Druga metoda oparta jest na spostrzeżeniu, że ustrój po paru dniach djety bezchlorkowej z chwilą, gdy otrzyma znowu chlorki w nadmiarze, nie wydziela ich w całkowitej ilości, ale zatrzymuje, aż osiągnie około 10,0—15,0 NaCl zapasu, poczem dopiero wydziela tyle chlorków, ile spożywa. Na wykresie, krzywa wyobrażająca ilość chlorków wydzielanych dziennie ma normalnie kształt schodków, które dopiero

w 4—5-tym dniu osiągają wysokość, odpowiadającą spożywanej ilości chlorków.

Jeżeli wydzielanie chlorków jest wadliwe, schodki krzywej albo wznoszą się wolniej i osiągają szczyt, odpowiadający ilości spożywanych chlorków dopiero po 6—8-miu dniach — wydzielanie opóźnione, albo w schodkach są braki i nie osiągają one należnej wysokości — wydzielanie złe, albo brak zupełny schodków — nerki prawie zupełnie chlorków nie wydzielają. W wyniku swej pracy, po zastosowaniu wszystkich wyż wymienionych metod, autor dochodzi do wniosku, że stan czynnościowy nerek nie jest zależny od stopnia ciężkości cukrzycy, ani od ilości cukru, ani od obecności acetonu — jedynie tylko od stanu naczyń nerki, więc od miażdżycy tętnic, bądź marskości nerek.

Tadeusz Zawodziński (Warszawa).

Journal d'Urologie.
Nr. 2. — Luty. — 1924.

Gayet i Rousset. **Moczowód rozwarty (L'uretere forcé).** Tem mianem autorzy określają moczowód, który nie stawia oporu odpływowi zawartości pęcherza do miedniczki; mocz nie napotyka przeszkody w ujściu moczowodowem, wobec czego ustala się system naczyń połączonych między pęcherzem i miedniczką. Moczowód rozwarty jest to nazwa skrócona tego, co inni autorzy nazywają trwałem rozszerzeniem dolnego ujścia moczowodu. Możliwe, że niektóre przypadki tego cierpienia są wrodzone, jednakże, jak wykazuje obserwacja 14 własnych przypadków, powstaje ono przeważnie jako wtórne na tle różnorodnych zmian w drogach moczowych. Skurczony wskutek zmiany zapalnej pęcherz, walcząc ze zwieraczem cewki, również ściągniętym, traci miarowość czynności opróżniającej. Następują nagłe wzmożenia ciśnienia, które w chwili, gdy ujścia moczowodowe otwierają się, zdolne są, przezwyciężywszy opór moczowodu, wypchnąć mocz aż do nerki; ustala się rodzaj porażenia mięśni moczowodu, czego następstwem jest moczociek moczowodowy, a później nieraz i pęcherzowy. Moczowody rozwarte autorzy spostrzegali najczęściej w gruźlicy nerki i pęcherza, następnie w uchyłkach i kamicy pęcherza, w zapaleniach pęcherza oraz zapaleniach nerki i miedniczki, zwężeniach cewki, zaburzeniach unerwienia pęcherza pochodzenia rdzeniowego, wreszcie po działaniu na pęcherz płynów żrących. Z objawów często spostrzegano nietrzymanie moczu przy małej pojemności pęcherza. Następnie charakterystyczny jest ból w nerce przy usiłowaniu zatrzymania moczu lub forsownem napełnianiu pęcherza przez cewnik. Cystoskopja wykazuje ziejący, ogromny otwór jednego lub obu moczowodów. Jeśli wpuszczać do pęcherza płyn zabarwiony, wprowadziwszy uprzednio cewnik do rozwartego moczowodu — natychmiast płyn ten zaczyna wyciekać z cewnika. Decydującą w rozpoznaniu jest radjografja. Wystarczy wpuścić do pęcherza płyn kontrastowy, dopóki chory nie poczuje lekkiego bólu w nerce i wykonać natychmiast zdjęcie. Autorzy używają w tym celu 10% kollargolu; bromek sodu działał w niektórych przypadkach żrąco. W leczeniu należy usunąć cierpienie pierwotne, poczem stosować płukania odkażające, co zresztą sprowadza tylko czasową poprawę. Zupełne wyleczenie osiągnąć można tylko w jednostronnem cierpieniu przez usunięcie nerki; *nephrostomia* jest niedostateczna i prowadzi do wytworzenia stałej przetoki.

Silvio Rolando. **Przyczynek do rozpoznania gruźlicy nerki.** Autor opisuje dwa przypadki, w których jedynym objawem było lekko krwawe zabarwienie moczu. Krwawienie pochodziło z jednej nerki. W osadzie przy b. nieznacznej ilości krwinek białych nie znajdywano prątków gruźliczych. Próba na antygen gruźliczy w moczu wypadła ujemnie. Szczepienie śwince z wynikiem również ujemnym. Jedynie tylko odczyn Bordet-Gengou na gruźlicę wypadł dodatnio. W jednym z tych przypadków usunięta nerka miała drobne początkowe zmiany gruźlicze, w drugim nieoperowanym po niejakim czasie pokazały się laseczniki w moczu. Po usunięciu nerki odczyn Bordet Gengou wypadł ujemnie. Później autor stosował odczyn Bordet-Gengou jeszcze w trzech odpowiednich przypadkach zawsze z wynikiem dodatnim. Stąd autor dochodzi do wniosku, że sposób ten, dotychczas nie stosowany w urologji, jest godny polecenia, gdyż jest szybki i pewny. Wadą jego jest, że daje wynik dodatni w razie istnienia gdziekolwiek ogniska gruźliczego czynnego, miarodajne więc może być dla rozpoznania tylko porównanie z bardzo dokładnem badaniem klinicznem. W razie istnienia ognisk gruźliczych wygasłych odczyn B-G wypadał stale ujemnie. Podane są również uwagi i wskazówki co do antygenu, którego należy używać do reakcji Bordet-Gengou.

Lilpop (Warszawa).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. München (J. F. Lehmann) 1924. Maj. (Cena 1.75 n. m. zł) Treść: 1) Prof Isserlin: Znaczenie doświadczeń zebranych w czasie wojny co do uszkodzeń mózgu. 2) Steiner: Leczenie spraw metasyfilitycznych szczepieniem zakażeń i jego podstawy teoretyczne. 3) Doc Kreutzfeld: Dziedziczne zwyrodnienie układu nerwowego. 4) Wollny: Przegląd prac neurologiczno-psychjatrycznych.

Zeszyt 6. Cena 1.75 m. zł. niem. Treść: 1) Prof. Kleinschmidt: O wyrównywaniu się stanów niedokrwistości u dzieci. 2) Prof. Erich Müller: W sprawie żywienia dzieci starszych. 3) Prof. Leiner: O kilku rzadszych dermatozach wieku dziecięcego. 4) Husler: Przegląd piśmiennictwa pedjatrycznego.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 28. marca 1924 r.
Przewodniczący prof. Zalewski. Obecnych 120.

Prezes Zalewski dziękuje w imieniu Pani Profesorowej Łukasiewiczowej, członkom T wa za przesłane wyrazy współczucia oraz gremjalne wzięcie udziału w pogrzebie ś. p. prof. Łukasiewicza.

Kol Onieszowski przedstawia: a)przypadek **torbieli środkowej szyji**, którą zoperowano. Zawartość torbieli: ciecz mętna, śluzowa, ściany zaś torbieli wysłane nabłonkiem płaskim, miejscami zrogowaciałym

b) Przypadek **złamania poprzecznego rzepki z otwarciem jamy stawu kolanowego.**

W dyskusji zabierali głos prof. Schramm, podnosząc, że dziwnem wydaje się, iż torbiel środkowej szyji wychodziła w demonstrowanym przypadku tak z boku szyji Prof. Węgłowski wyjaśnia, że nazwa ta wyjaśnia pochodzenie rozwojowe tej torbieli, która według jego badań pochodzi nietyle z resztek tractus thyreoglossus ile z ductus lingualis Bochdaleki.

Prof. Węgłowski przedstawia **przypadek szczeliny podniebienia,** zeszytej sposobem Węgłowskiego; omawia sposoby zeszywania wrodzonych szczelin podniebienia.

W dyskusji prof. Barącz zaznacza, że zeszywał z dobremi wynikami szwem wałeczkowym. Prof. Schramm, że wyniki nie zależą od rodzaju szwu ale raczej od przypadku. Kol. Leszczyński zauważył w swej praktyce, że o ile chodzi o operacje ubytków podniebienia powstałych na tle kiły, to nie były one w skutkach trwałe. Prof. Zalewski podnosi znaczenie operacji szczelin podniebienia dla górnych dróg oddechowych, oraz znaczenie tonetyczne. W odpowiedzi kol. Węgłowski zaznacza, że operacje po perforacjach kilakowych udają się zasadniczo lepiej niż po rozszczepach wrodzonych.

Prof Gröer wygłosił rzecz p.t. **„Żółtaczka hemolityczna"** z pokazem jednego przypadku (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji prof. Nowicki podnosi, że badania nad śledzioną wykazują istotnie, że aparat śródbłonkowo-siateczkowy odgrywa bardzo ważną rolę w powstawaniu żółtaczki. Po wycięciu śledziony wywołanie żółtaczki pozawątrobowe jest o wiele trudniejsze niż przy zachowanej śledzionie. Kol Ziembicki zwraca uwagę na napadowość gorączki i bóle podobne do takich przy kolce żółć. — Oba objawy bardzo typowe dla rozpoznania żółt. hemol. Bardzo znamiennym faktem jest również Naegeli'ego „mutacja erytrocytów", które są kuliste i małe, ale nieco wyższe Tem też można sobie wytłumaczyć podwyższenie hemolizy. Nadto zabierali głos kol. doc. Czernecki, prof. Schramm w sprawie leczniczego wycięcia śledziony, prof Marischler i kol. Ciepielowski.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1923 r.
Przewodniczy prof Zalewski. Obecnych 70.

Kol. Naróg przedstawia: a) przypadek **samotnego gruzełka tęczówki**

U chłopca 9-letniego wystąpił guzek wielkości ziarnka soczewicy, podstawą zrośnięty z tęczówką, kopułą wystający do przedniej komory, ostro odgraniczony od reszty tęczówki. Na szczycie guzka były widoczne białe punkciki, jakgdyby drobne gruzełki. Po 10 dniach posunął się swą kopułą z circulus iridis

minor do brzegu źrenicznego tęczówki. Po jednem naświetlaniu promieniami utrafioletowemi znikły gruzełki z powierzchni, siatka naczyń powiększyła się, a u podstawy guzka wystąpiło zgrubienie wskutek wysięku. Prognoza zła wskutek dużego wzrostu tkanki proliferacyjnej, gdyż przychodzi do zaniku gałki ocznej. Stosuje się naświetlanie promieniami ultrafioletowemi.

b) Przypadek **przewlekłego zapalenia tęczówki na tle gruźlicy**. U chorej 16 letniej wystąpiły 4 guzki na tęczówce w okolicy zwieracza tęczówki, wielkości główki szpilki, przy tylnych zrostach tęczówki. Guzki te następnie zostały zakryte przez wysięk, który zajął całą przednią komorę. Pomimo leczenia miejscowego i ogólnego, stan nie poprawił się przez pół roku. Dopiero po 30 naświetlaniach promieniami ultrafiol. samej gałki, uległ wysięk resorbcji, a chora, która miała przedtem zaledwie poczucie światła, liczy palce na 4 m. i czyta drobny druk.

Kol. Mikulińska przedstawia przypadek **guza tęczówki** u 17 letniej chorej.

Guz uszypułowany, o powierzchni gładkiej szaro żółtej, pokryty licznemi wybroczynkami. Na szczycie guza ognisko szaro-żółte, unaczynione, podobne do gruzełka — gałka bez najmniejszych objawów zapalnych. Guz ten nie odpowiada żadnej znanej postaci klinicznej (nowotwór, kiła, gruźlica).

Prof. politechniki dr. Nadolski wygłosił rzecz: **„O zdrojowiskach państwowych"**.

Polska odziedziczyła po rządach zaborczych 4 zakłady zdrojowe, z tych Szkło, najstarsze, od r. 1922 jest nieczynne mimo najwydatniejszych źródeł siarczanych, mułu siarczanego i borowiny. Przyczyną tego zastoju to wadliwa administracja (rozproszenie odpowiedzialności i władzy kierowniczej pomiędzy różne instytucje).

Busk, położony dość nieszczególnie, jest czynny. Krynica, leżąca już w górskim klimacie, posiada liczne źródła mineralne. Wody jest taki nadmiar, że 80 tys. kąpieli rocznie marnuje się. Ten ubytek przedstawia kapitał, któryby pokrył, przy dobrej administracji, wszelkie inwestycje krynickie. Prelegent przedstawia historję rozwoju Krynicy. Frekwencja wzrastała stale i w bardzo szybkiem tempie, bo gdy w r. 1860 ilość gości wynosiła 900, to w r. 1923 około 15 tysięcy. Kąpieli w r. 1911 wydano 120 tys. Kąpieli w r. 1923 wydano 150 tys., z tego około 10% bezpłatnych. Co do ulepszeń to należałoby wybudować nową ilość wanien, nowy zakład fizyko-terapeut., wznieść Sanatorjum całoroczne, przebudować Zakład borowinowy. Program ten wymaga około 5 miljonów zł., poczem jednak dochód z Krynicy wynosiłby 1 miljon zł rocznie. Ciechocinek powstał na warzelni soli (1836 r.). Zakład zniszczony podczas wojny przez Niemców, został odnowiony w r. 1919. Frekwencja C. jest stale wyższa niż Krynicy. Posiada kąpiele solankowe, oraz nasycane (sztucznie) bezwodnikiem węgl., nadto borowinowe pełne i częściowe. Czysty dochód Zakładu wynosił w r. 1921 — 99 tysięcy zł.
1922 — 245 zł.

Do koniecznych inwestycyj wymienić trzeba wodociągi, dom zdrojowy, nowy Zakład fizyko terap., inhalatorjum, poczem dochód z C. doszedłby do 1 miljona zł. Razem na inwestycje w 4. zakładach państwowych trzeba około 10 miljonów zł. — dochód zaś z tych zakładów doszedłby do 2½ milj. zł. Tymczasem obecnie państwo nie może na to łożyć. Mówca widzi rozwiązanie tej nagłej sprawy w stworzeniu odrębnej jednostki administracyjnej prawnej, dla której P. K. O. już mogłaby udzielić potrzebnych kredytów.

W dyskusji kol. Sabatowski podnosi, że we Francji oraz częściowo i w Niemczech mają Uniwersytety w zdrojowiskach państwowych swe stacje kliniczne.

Dr. *T. Falkiewicz.*

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 18 marca 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 23.

Przewodniczący, zawiadamiając o śmierci w dniu 8 marca honorowego członka Towarzystwa ś. p. dr. medycyny Alfreda Sokołowskiego, honorowego profesora Uniwersytetu Warszawskiego i sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, przypomina doniosłość i wielką ilość prac, któremi Zmarły wzbogacił piśmiennictwo lekarskie; przypomina Jego trudy w sprawie walki z gruźlicą, wynikiem których było założenie Sanatorjum w Rudce; odczytuje treść depeszy kondolencyjnej, jaką Zarząd wysłał pod adresem prof. Leśniowskiego, prezesa Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i prosi zebranych o uczczenie Jego pamięci przez powstanie z miejsc.

Kol. Distler demonstruje 40 letniego chorego z rozpoznaniem **rozsianego mięsaka** górnej powieki lewego oka, lewego policzka i lewej skroni, u którego pod wpływem dwóch seryj naświetlań promieniami Roentgena guzy zupełnie zniknęły. Przed rokiem mniej więcej chory zauważył guzowatość w górnej lewej powiece, która stopniowo rosła i spowodowała z biegiem czasu exophthalmus i strabismus divergens lewego oka; chory wzrok zachował; od kilku miesięcy u chorego zaczęły wyrastać dwa guzy, jeden na policzku, drugi na skroni. Naświetlaniu podlegały od 8. lutego b. r. tylko dwa guzy — górnej powieki i policzka, pomimo to guz na skroni, chociaż nie naświetlany, również zniknął. Kol. Distler mówi o doskonałem działaniu promieni Roentgena na twory mięsakowe nie tylko powierzchowne, jak n. p. skóry, lecz i głębiej ukryte, n. p. guzy śródpiersia; sądzi, iż twory mięsakowe winny być operowane tam, gdzie to jest możliwem, a następnie bezwzględnie naświetlane Roentgenem, a to wobec możliwości pozostawienia w pobliżu rany operacyjnej cząstek nowotworu, któreby następnie mogły być punktem wyjścia dla nowych guzów; wskazuje, iż, jak i w danym przypadku, znane są przypadki zanikania tworów mięsakowych pomimo, iż nie były naświetlane Roentgenem bezpośrednio. W końcu kol. Distler mówi o objawach, jakie niekiedy sprowadza Roentgen u naświetlanych — ze strony różnych narządów, jakoto przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego i t. d.

W dyskusji kol. Litkowski zwraca uwagę, iż naświetlanie mięsaka Roentgenem sprowadza niekiedy *Sarcomatosis pullmonum*; kol. Arnsztajn zapytuje, jak zachowywało się u chorego ciśnienie krwi.

Kol. Rupniewski wygłasza referat: **Nowa klasyfikacja nowotworów według prof. Hornowskiego.**

Posiedzenie z dnia 4 kwietnia 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 21.

Kol. Cywiński pokazuje dziecko, które przez czas dłuższy cierpiało na tak zwane **wymioty nawykowe** u niemowląt. Przypadek ciekawy ze względu na etjologję i patogenezę cierpienia. Podrzutek Staś, przyjęty do Zakładu w końcu listopada 1922 r. na 7 dzień po urodzeniu, prawie przez 6 miesięcy zachowywał się względnie nieźle (przyrost wagi miesięczny 300—400 gr). W końcu maja 1923 r. po zaszczepieniu ospy gorączkował przez tydzień (38—38,5), zjawiły się wymioty, stolce dyspeptyczne. Po ustąpieniu gorączki stolce poprawiły się, wymioty jednak trwały dalej i powiększały się po każdem jedzeniu. Po wykluczeniu rozmaitych cierpień organicznych, które mogłyby być przyczyną tych wymiotów, poddano dziecko ścisłej obserwacji tak co do ilości potrzebnych mu kaloryj, jak i jakości podawanych mu pokarmów. Lecz wszystkie metody stosowane i dokładnie przeprowadzone nie dały tu żadnego rezultatu. Pozostały bez skutku również wszystkie dawane w tych przypadkach leki. Ponieważ i Wassermann był ujemny i brak było objawów ukrytej tężyczki, pozostało przypuszczenie, że wymioty odbywają się drogą jakiegoś refleksu. Refleks ten, jak się okazało, był powodowany ssaniem palca. Po 4½ miesiącach stałych wymiotów, wskutek przywiązania rączki do łóżeczka, dziecko niezwłocznie przestało wymiotować. Że wymioty zależały od wymienionego refleksu, można było niejednokrotnie przekonać się, wywołując je dowolnie po każdem karmieniu, kiedy dziecku pozwolono ssać palec. Obecnie dziecko jest zdrowe; rączka jednak znajduje się pod stałą obserwacją i dotychczas (autoreferat).

Kol. Jaczewski demonstruje dwóch chorych w młodym wieku z obfitą wysypką **lichen scrophulosorum** na brzuchu i dolnej części klatki piersiowej, w różnych fazach rozwoju; jeden z tych chorych jest dotknięty wilkiem twarzy, drugi gruźlicą gruczołów limfatycznych na szyji. W skrawkach skóry, wziętej z wykwitów lichen, widać pod mikroskopem nacieki drobnokomórkowe i komórki olbrzymie, świadczące o swoistym charakterze sprawy chorobowej. Kol. Jaczewski mówi, iż próby szczepienia morskim świnkom materjału zakaźnego z lichen scrophulosorum, jak i z innych tuberkulidów skóry, bardzo często dawały wynik ujemny, sądzi jednak, iż okoliczność ta nie przemawia przeciwko swoistości sprawy, gdyż zarazek gruźliczy, jak i każdy inny, musi być w dostatecznej ilości i posiadać dostateczną jadowitość, aby się rozwinąć na szczepionem podłożu.

W dyskusji zabierali głos kol: Garbaczewski, Wąsowski, Krysiński i Dziemski.

Posiedzenie z dnia 5 maja 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 20.

Kol. Waśkowski demonstruje preparat **skórzaka jamy brzusznej**, wielkości głowy dorosłego człowieka; wewnątrz skórzaka widoczny jest szeroki pas skóry, skąd wyrasta kosmyk włosów.

Kol. Czerwiński pokazuje preparat **ropniaka lewego jajowodu**, dużych rozmiarów, wyciętego u 40-kilkuletniej kobiety, która dopiero na dwa miesiące przed operacją po raz pierwszy poczuła bóle w brzuchu; ropniak obejmował macicę, tworząc z nią całość tak, że przed operacją, wobec niemożliwości ustalenia granic macicy, podejrzywano włókniaka macicy, a następnie wobec zjawienia się niewielkiego stanu podgorączkowego (do 37,4) liczono się z możliwością ropiejącej torbieli.

W dyskusji kol. Kożuchowski wspomina o operowanych przez siebie analogicznych przypadkach skórzaka i torbieli jamy brzusznej.

Kol. Kożuchowski wygłasza **sprawozdanie** z działalności za rok 1923 oddziałów chirurgicznych w Szpitalach Jana Bożego i Dzieciątka Jezus.

W dyskusji zabierali głos kol: Dziemski, Garbaczewski, Czerwiński, Wąsowski i Drożdż.

Kol. Wąsowski odczytuje protokół posiedzenia Komisji **w sprawie pracowni anatomo-patologicznej** w Lublinie. Na kierowniczkę pracowni Komisja postanowiła zaprosić p. drowę Morozową. W ustalonej na rzecz pracowni składce miesięcznej w sumie miljarda marek, poczynając od 1 czerwca b. r., partycypować będą szpitale i Towarzystwo lekarskie w następującym stosunku: Towarzystwo lekarskie 60 miljonów, Szpital św. Józefa 100 miljonów; Szpitale Jana Bożego, Żydowski i Dziecięcy po 160

miljonów marek, Szpital św. Wincentego 360 miljonów marek. Na wniosek kol. Brzezińskiego postanowiono przypadającą od Towarzystwa składkę za czerwiec w sumie 60 miljonów marek pokryć z kasy Towarzystwa.

Uchwalono zgodnie z wnioskiem kol. Garbaczewskiego roczną składkę członkowską na rzecz Kasy Wdów i Sierot po lekarzach pozostałych w sumie 10 złotych, płatnych w dwóch ratach i upoważniono kol. Garbaczewskiego do zbierania składek.

Posiedzenie z dnia 19 maja 1924.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 27.

Kol Jaczewski demonstruje chorą w wieku około 60 lat z **pityriasis rubra pilaris**; obfita wysypka zajmuje prawie całe ciało z przeważną lokalizacją na kończynach, gdzie można widzieć różne fazy jej rozwoju, poczynając od drobnych grudek, obejmujących nasady włosów.

Kol. Czerwiński referuje **teorje odmładzania**. Za punkt wyjścia przyjmuje tezę, iż życie organizmu jest ciągłą walką między komórkami specyficznemi układów i narządów i elementami niespecyficznemi i prostemi w swej budowie, jak komórka łącznotkankowa i białe ciałka krwi; proces starzenia się polega na zastępowaniu komórek o wyższej organizacji przez komórki łącznotkankowe.

Napięcie spraw życiowych zależnem jest od działania hormonów, jakie wydzielają gruczoły dokrewne, a w pierwszej linji tarczyca. Nie można udowodnić, aby tak często szkodliwe czynniki jak alkohol i nikotyna, sprowadzały przedwczesną śmierć; niewątpliwie przyczyniają się one do wielu przypadkowych zachorzeń, które skracają życie; pomimo to znane są przypadki długowieczności u ludzi, których historja obfituje w nadzwyczajne nadużycia alkoholu i tytoniu. Mówca pokrótce przypomina teorje odmładzania Miecznikowa i Brown-Séquarda, dłużej zatrzymuje się nad wynikami operacji Steinacha z Wiednia, polegającej na przecięciu lub podwiązaniu vasis deferentis, a zmierzającej przez wywołanie zaniku gruczołu rozrodczego do wywołania przerostu tak zwanego gruczołu dojrzewania, to jest komórek w interstitium jąder; wreszcie obszernie omawia prace doświadczalne Woronow'a w Paryżu nad przeszczepianiem jąder u zwierząt i wyniki tejże operacji w kilku przypadkach u ludzi. Prace te wykazały, iż przez zaszczepienie jądra u zwierząt, uprzednio jąder pozbawionych, można wybitne objawy starzenia się w rozwoju nie tylko powstrzymać, lecz obserwować proces odmładzania się zwierzęcia; takie doświadczenie, nawet dwukrotnie dokonane na zwierzęciu, udawało się; jednak w życiu zwierzęcia następuje moment, kiedy na ponowne szczepienie zwierzę już nie reaguje, starzeje się i umiera.

W dyskusji zabierali głos kol. Jaczewski, Lerkau, Dziemski, Rogoziński, Wąsowski i Drożdż.

Posiedzenie z dnia 4 czerwca 1924 r.

przy obecnych 16-tu członkach było całkowicie poświęcone sprawom, związanym z obchodem Jubileuszu 50-lecia Towarzystwa w dniu 7 września 1924 r.

Posiedzenie z dnia 18 czerwca 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 22.

Kol. Kujawski mówi o genezie, symptomatologji, rozpoznawaniu i metodach operacyjnych **przepuklin przeponowych** i opisuje własne spostrzeżenie sekcyjne pourazowej przepukliny przeponowej. Młody człowiek został uderzony nożem w okolicę lewej łopatki i wkrótce po zranieniu przewieziono go do szpitala; w szpitalu stwierdzono przebicie opłucnej i dobry ogólny stan chorego. Chory cały czas pobytu w szpitalu czuł się dobrze, prawie nie gorączkował i po 19 dniach leczenia szpitalnego został wypisany z zagojoną raną zewnętrzną na przestrzeni 5 cm. Po wyjściu ze szpitala poczuł się źle, następne dni wymiotował treścią z domieszką krwi tak, że na piąty dzień został ponownie przewieziony do szpitala, gdzie wkrótce zmarł. Na sekcji znaleziono uwięźnięty żołądek w ranie przepony tak silnie, że dla oswobodzenia go trzeba było rozszerzyć otwór w przeponie.

W dyskusji kol. Cynberg przytacza obserwowany na klinice lwowskiej analogiczny przypadek przepukliny przeponowej, a kol. Cywiński, omawiając przepukliny przeponowe wrodzone, mówi iż paru lekarzom udawało się takowe rozpoznawać u płodów w łonie matki, w ostatnich tygodniach ciąży, na mocy swoistych szmerów.

Kol. Arusztajn opisuje obserwowany przez siebie przypadek endocarditis lenta u dwudziestoparoletniego człowieka, który po 14 miesiącach choroby zmarł. Ani w dzieciczności, ani w anamnezie chorego nie było nic szczególnego; gośćca chory nie przechodził. Choroba rozwijała się powoli: wcześnie można było skonstatować szmer skurczowy serca; stan gorączkowy był niewielki — ciepłota nie przekraczała nigdy 38·5; częste były okresy prawie bezgorączkowe; z biegiem czasu śledziona i wątroba uległy obrzmieniu i znacznemu powiększeniu, także można je było wymacać na 2 — 3 palce poniżej łuku żebrowego. W moczu już po paru miesiącach analizy wykazywały erytrocyty, nabłonki nerkowe i wałeczki, co utrzymywało się aż do śmierci chorego. Stopniowo rozwijała się anemja: liczba czerwonych ciałek spadła do 2 miljonów w 1 cm^3 i poniżej 2 miljonów; same ciałka czerwone jakoteż i białe, większych odchyleń od normy nie wykazywały. Wszelkie leki stosowane u chorego nie dawały żadnego wyniku; preparaty salicylowe nie okazały żadnego wpływu na przebieg choroby. Dwukrotnie dokonany posiew krwi dał wynik ujemny; z krwi nic nie wyhodowano; Wassermann ujemny. Na mocy powyższego obrazu po przeprowadzeniu djagnostyki różniczkowej kol. Arusztajn rozpoznaje w danym przypadku endocarditis lenta.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Wąsowski, Sotkowski, Cynberg i Płaczkiewicz.

Kol. Kryński odczytuje zredagowany przez siebie regulamin pracowni anatomo patologicznej w Lublinie i projekt umowy z kierowniczką pracowni. *Płaczkiewicz*, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dn. 4 marca 1924.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

1) Kol. J. Zaorski wygłosił rzecz p. t. **Próba ustalenia warunków powstawania wrzodu okrągłego żołądka** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Tokarski zaznacza, że wszelkie sztucznie wywoływane, mniej lub więcej gwałtowne i rozległe uszkodzenia błony śluzowej żołądka u zwierząt, nie wytworzyły wrzodu żołądka i zabliźniły się szybko. Zrozumienie powstawania wrzodu żołądka jest utrudnione z tego powodu, że dotąd histologicznie nie zostało stwierdzone połączenie nerwu błędnego z właściwemi i samoistnemi splotami nerwowemi żołądka, a związek ten wydaje się niewątpliwym. Wrzód żołądka powstaje wskutek endarteritis obliterans. Jeśli przewiązywanie oddzielnych tętniczek żołądka u zwierząt wrzodu nie wytworzyło, to wskutek tego, że krążenie wyrównało się drogą uboczną. Lecz jeśli ograniczone odcinki błony śluzowej żołądka ulegną miejscowym zaburzeniom w krążeniu, to wrzód żołądka powstanie. Wiemy, że komórki ośrodkowego układu nerwowego znoszą brak dopływu krwi najwyżej przez dwanaście minut, a po tym terminie następuje zwyrodnienie i obumarcie komórek. Nie wiemy, jaki okres czasu bez dopływu krwi przeżyć może każda z oddzielnych warstw żołądka, okres ten bezwątpienia istnieje. Kliniczny sprawdzian tego widzimy we wrzodzie żołądka na tle kiły, gdzie wyleczenie występuje przy kuracji swoistej, nawet bez leczenia dietetycznego. Następnie u osobników w młodocianym wieku, przy anemjach, błednicach, bez dłuższej obserwacji nigdy nie możemy powiedzieć, czy mamy do czynienia z gastralgją, rwą żołądkową, czy też już z wrzodem żołądka. Wszelki ból żołądka zależy od zaburzeń w wydalaniu treści, a zaburzenie zostaje wywołane przez spastyczne, klepsydrowate przewężenie żołądka, które znów w dalszym swym biegu i powtarzaniu się wywołuje brak dopływu krwi w oddzielnych odcinkach żołądka i wskutek tego obumarcie ściany. Pomiędzy gastralgją i wrzodem żołądka istnieje różnica przedewszystkiem ilościowa, a dopiero następnie jakościowa. Na wrzód żołądka zapatrywać się musimy tak, jak patrzymy na chorobę Raynoda, symetryczną gangrenę, wywołaną przez trwały ograniczony kurcz naczyń.

Prof. Gluziński podkreśla, że przedmiot, poruszony przez prelegenta, ma wielkie znaczenie. Przyjęcie poglądu prelegenta wywołałoby radykalne zmiany w chirurgicznem leczeniu okrągłego wrzodu żołądka. Prof. G. stoi na stanowisku, że wrzód okrągły żołądka nie jest sprawą pierwotną lecz wtórną, Prof. G., badając 11.000 sekcyj zmarłych, wybierał te sekcje, w których zmiany powstałe w ustroju mogły wywołać owrzodzenie ściany żołądka i ustalił kilka przyczyn powstania wrzodu żołądka. Już oddawna trwa różnica zdań co do leczenia wrzodu żołądka pomiędzy chirurgami, a lekarzami chorób wewnętrznych. Leube twierdzi, że wyleczył około 70% chorych na wrzód żołądka, prelegent na podstawie danych z kliniki i piśmiennictwa uważa, że leczenie wrzodu żołądka należy do chirurgów. W pewnych stanach chorobowych, w razie obecności świeżych wrzodów żołądka, prof. G. spotykał blizny po zagojonych wrzodach, a więc wrzód żołądka zagoić się może. Co jest pierwotną chorobą, owrzodzenie żołądka w części odźwiernikowej, czy też kwaśny katar? Szczegół, na który musimy kłaść nacisk. Na 100 wrzodów żołądka w 80% stwierdzał prof. G. wrzód w części odźwiernikowej i kwaśny katar żołądka. Wrzody przy wpuście żołądka nie rozwijają się z kwaśnym katarem żołądka, a nawet mogą przebiegać ze zmniejszoną kwasotą żołądka lub zupełnym brakiem kwasu solnego. Kwaśny katar żołądka jest czynnikiem sprzyjającym, poza nim musi być coś innego, co powoduje powstanie wrzodu — i to jest właśnie tą pierwotną przyczyną wrzodu. Układ nerwowy gra pewną rolę w powstawaniu wrzodów żołądka — teorja czysto nerwowa. Prof. G. polecił kol. Czerneckiemu zbadanie rodziny, w której 5 członków chorowało na okrągły wrzód żołądka, wszyscy oni byli operowani. Jeżeli uwzględnić pracę Edwarda Zielińskiego, że opadnięcie poprzecznicy u ludzi ze stanem astenicznym wywołuje wrzód żołądka, to znowu potwierdza, że układ nerwowy gra pewną rolę w powstawaniu omawianego cierpienia. Dziś chirurdzy wycinają $^1/_3$ część żołądka, aby zapobiec powstawaniu wrzodu. Prof. G. przypomina, że istnieje metoda leczenia wrzodu żołądka, polegająca na przecięciu rozgałęzień nerwów (dekapsulacja). Wobec tego nasuwa się pytanie, czy wycięcie $^1/_3$ żołądka nie jest skuteczne właśnie wskutek przecięcia rozgałęzień nerwów, a zatem należy rozstrzygnąć, czy wykonywać resekcję żołądka, czy też przecięcie rozgałęzień nerwów.

Kol. Dąbrowska, opierając się na pracach autorów duńskich i francuskich oraz na własnych badaniach, wysuwa możliwość powstawania wrzodu okrągłego żołądka z wysepek nabłonka jelitowego, które dadzą się wykazać w śluzówce żołądka, jako pozostałości rozwojowe lub też jako sprawa nabyta. Pod wpływem nieżytu przewlekłego w śluzówce żołądka, komórki nabłonkowe o cechach odmiennych, nie będąc w stanie obronić się przeciwko trawiącemu działaniu soku żołądkowego, ulegają martwicy. Takie same wysepki, nabierając siły wzrostowej przy pewnej »aktywacji«, mogą doprowadzać do powstawania nowotworu złośliwego.

Kol. Trzciński przypuszcza, że u chorych z kiłą, o których wspomina kol. Tokarski, prawdopodobnie był kilak a nie wrzód żołądka, dlatego też leczenie swoiste dało takie szybkie wyleczenie bez zastosowania diety.

W odpowiedzi: kol. Zaorski uważa, że żołądek mniej zależy od układu nerwowego ośrodkowego, a zależy głównie od własnego układu nerwowego, rozmieszczonego w części odźwiernikowej. Ten układ nerwowy, zniszczony przez sprawę zapalną, powoduje zniszczenie ściany żołądka na odległość, nawet przy wpuście. Z. przypuszcza, że sympatykoektomja nie da tych wyników, których się spodziewano.

Prof. Gluziński twierdzi, że prelegent zanadto podkreśla, że ośrodkowy układ nerwowy nie ma większego wpływu na żołądek. Są jednak osobnicy-wagotonicy, którzy mają większą skłonność do nadkwasoty, mają też inny ruch robaczkowy, co daje się stwierdzić. Prof. G. nie twierdzi, że sympatykoektomja odnosi się jedynie do nerwu współczulnego, gdyż nerwy błędny i współczulny splatają się. Wobec tych rozważań pozostaje do ustalenia, czy w razie wrzodu w części wpustu, nie ruszać wrzodu przy wpuście, a operować w części odźwiernikowej.

Kol. Grundzach twierdzi, że wrzody żołądka w części odźwiernikowej dają odruchy w części wpustu, w przełyku, wpływają na małą krzywiznę i tu mogą powstawać owrzodzenia wskutek wspomnianych odruchów. Usunięcie części odźwiernikowej żołądka może wpłynąć na owrzodzenie wpustu.

Kol. Tokarski wyjaśnia, że kilak żołądka jest rzeczą rzadką. Na kilkanaście tysięcy sekcyj w szpitalu Przemienienia Pańskiego ani razu nie stwierdzono kilaka żołądka. Kilak żołądka nie daje opisanych krwotoków.

2) Kol. Komocki wygłosił rzecz p. t. **»O normalnej ilości czerwonych ciałek krwi u człowieka«.**

W dyskusji kol. Mutermilch podnosi, iż normy fizjologiczne ciekawsze są dla fizjologów niż dla klinicystów. W patologji zwraca się uwagę na odchylenia od minimum i od maximum, co ma znaczenie dla lekarza; małe odchylenia od przeciętnej nie mają znaczenia.

Kol. Komocki wyjaśnia, że jego badania stwierdzają wadliwość samych aparatów, co pociąga za sobą omyłki i może je zwiększać przy stosowaniu jednej metody i zmniejszać przy innej metodzie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Związek lekarzy P. P. i Towarzystwo lekarskie. Okręg Łucki.

Posiedzenie naukowe z dnia 8. lutego 1924 r.

Przewodniczący kol. Miłaszewski. Obecnych 16.

Kol. Jasiński pokazał i omówił przypadek **glejaka siatkówki u dziecka 2½ lat w okresie objawów jaskrowych.** Lewe oko stwardniałe, wzrost napięcia bardzo wyraźny, lewa gałka oczna nieco wysadzona ku przodowi, nastrzykanie dokoła rogówki, źrenica rozszerzona, kształtu owalnego, brak wrażliwości na światło. V=O. Przy skośnem oświetleniu — lekkie zmętnienie rogówki, poprzez źrenicę widać odblask żółtawy wnętrza oka. Dziecko chore od 7 miesięcy, do lekarza o pomoc dotychczas nie zwracano się, ostatniemi czasy dziecko cierpi. Na propozycję wyłuszczenia gałki ocznej rodzice nie zgodzili się, również do takiej samej rady lekarza-okulisty w Równem (do którego zwrócono się później) nie zastosowali się.

Kol. A. Wojnicz pokazał chorego F. S., majstra piekarskiego, lat 31, ze **zgorzelą samowolną suchą skóry** na paliczkach, 5-go i 4-go palca prawej ręki na tle endarteriitis obliterans. U chorego nie można zupełnie wyczuć tętna w tętnicy łokciowej prawej i we wszystkich tętnicach obydwu kończyn dolnych, nawet w pachwinach, ledwo wyczuwalne zaś tętno jest w tętnicy promieniowej prawej, natomiast bardzo wyraźne w dwuch małych naczyńkach: w tętnicy nabrzusznej zewnętrznej dolnej prawej i tętnicy pobocznej promieniowej prawej. Prawa kończyna górna w zaniku, ramię o 2 cm szczuplejsze od lewego a przedramię o 1 cm. Chory gorączkuje, ciepłota 37·6° — 38·2°, tętno 120. Gruczoły chłonne niepowiększone, prócz łokciowego i pachowych z prawej strony, co jest związane ze zgorzelą na palcach. Chory kawaler, dziedzicznie nieobciążony, średniego wzrostu, umiarkowanej tuszy, palił i pił umiarkowanie, zaprzecza lues, na czole ma plamy barwnikowe (chloazma) błony śluzowe czyste, organy wewnętrzne bez zmian widocznych, w sercu drugi ton z akcentem, w moczu cukru niema tylko ślady białka. Skarży się na bóle w chorych palcach, kręcenie w dłoni i uczucie ściskania w prawem przedramieniu; o nogach wspomina tylko, że są wrażliwe na chłód. Chorobę datuje od pół roku, a zaczęła się od kręcenia w prawej dłoni i strzykania w chorych palcach, pierwszy zachorował mały palec. W wywiadach chory wspomina, że służył w wojsku od 1914 do 1918 r., był ranny bagnetem w prawe ramię, poczem została blizna skórna ruchoma, na zewnętrznej powierzchni ramienia, w okolicy rowka promieniowego. Pod tą blizną można wyczuć nerw i pulsującą tętnicę. Cały czas chory leczy się ambulatoryjnie, zażywa jod pod różnemi postaciami, lecz bezskutecznie.

W dyskusji brali udział kol. Szaniawski, Miłaszewski, Jasiński, Ziembiński, Bejlin, Lipiński, Abramski i Wojnicz. Podkreślano głównie rzadkość przypadku (przed 40-ym rokiem życia), zwracano uwagę na przyczyny i rozpoznanie. Wszyscy przyznali, że klinicznie objawów kiły ani cukrzycy stwierdzić nie można; możnaby podejrzewać u piekarza jako przyczynę *ergotismus*, lecz i tego stwierdzić się nie udało, jak również nie można było przypuścić w tym przypadku trąd i chorobę Raynaud'a.

Po miesiącu leczenia się u wielu lekarzy chory wyjechał z Łucka z pogorszeniem: zgorzel zajęła obydwa paliczki paznogciowe i tył kiści obrzękł. *M. Jasiński*, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół z zebrania Towarzystwa w dniu 20. marca 1924 r.

Przewodniczy kol. Kozłowski.

Obecnych 18 członków i 1 gość.

1. Odczytano i przyjęto protokół z zebrania w dniu 16 stycznia 1924 r.

2. Kol. Puterman odczytał: **„O naczyniach włoskowatych. Metoda badania naczyń włoskowatych skórnych".** Mówca omawia wielostronną rolę naczyń włoskowatych w wymianie materji, regulacji ciepłoty ciała, w przeziewie skórnym, w sprawach osutkowych, obrzękach, afektach psychicznych. Anatomja naczyń włoskowatych datuje się od 1660 roku. Ściany składają się z komórek śródbłonkowych; ściany są przepuszczalne dla ciał płynnych koloidalnych, gazów i elementów morfotycznych, przy zachowaniu ich całości. Średnica naczyń włoskowatych waha się w różnych narządach 4—20 mikronów. Ściany są otoczone komórkami Rouget-Mayera i zaopatrzone są we włókienka nerwów rozszerzających i zwężających naczynia, skutkiem czego naczynia te posiadają własności samoistnego kurczenia się i rozszerzenia się, co znacznie ułatwia pracę serca. Słusznie też noszą one nazwę serc obwodowych, serc dodatkowych. Ciśnienie krwi w nich mało jest zależne od ogólnego ciśnienia krwi, a w pewnych sprawach chorobowych istnieje pewien antagonizm pomiędzy ciśnieniem ogólnem a ciśnieniem włoskowatem. Badanie krążenia krwi w naczyniach włoskowatych zapoczątkowane było w 1661 roku u zimnokrwistych przez Malpighiego. Metodę badania skórnych naczyń włoskowatych mamy do zawdzięczenia Müllerowi i Weissowi. Dalej mówca opisuje technikę badania skórnych naczyń według tej metody. Prawidłowo przedstawiają się naczynia włoskowate w postaci pętli o czerwonem zabarwieniu na tle różowem. Składają się one z 2 odnóg: tętniczej - *ramus afferens arteriosus* i żylnej — *ramus differens venosus*. Prawidłowo nie widać krążenia krwi z powodu jego szybkości. W pewnych stanach chorobowych przy zwolnieniu prądu krwi występuje brak ciągłości w słupku krwi i wówczas krążenie krwi staje się widoczne. Zwolnienie prądu krwi cechuje się zazwyczaj mniejszą lub większą przerwą w prądzie krwi, skutkiem czego prąd przedstawia się jakoby był złożony z większych lub mniejszych ziarenek (prąd ziarnisty) lub z cylindrów. Dotychczas opisane są zmiany zachodzące w naczyniach włoskowatych i w krążeniu krwi przy następujących sprawach: *nephritis interstitialis, arteriosclerosis, diabetes mellitus* i zastoju krwi. Przy nerce zanikowej ilość pętli jest zwiększona. Pętle są wydłużone i rozszerzone; bardzo często spotyka się postaci wężykowate lub ósemkowate. Prąd krwi zazwyczaj bywa zwolniony, napełnienie naczyń wadliwe, obok dobrze wypełnionych spotyka się wadliwie napełnione, często zupełnie puste bezkrwiste, prąd krwi ziarnisty, o większych lub mniejszych ziarenkowatych skupieniach; dalej spostrzega się rozgałęzienia. Ciśnienie krwi o wiele niższe niż tętnicze. Zmiany zależne są od spraw zapalnych endoarterjalnych i kapilarnych. W arteriosclerosie naczynia włoskowate są wydłużone i zwężone, wiele naczyń wężykowatych. W sprawie sklerotycznej przyjmuje udział również i odnoga żylna. Napełnienie krwią naczyń włoskowatych i tutaj bywa wadliwe, ciągłość słupka krwi często bywa przerywana (prąd ziarnisty). Krążenie zwolnione. Z głębszych warstw skóry przeświecają naczynia większe. W cukrzycy część pętli, stanowiąca przejście od odnogi tętniczej do żylnej, bywa mniej lub więcej rozszerzona zależnie od czasu trwania choroby. Rozszerzenie to ma jakoby ułatwić sprawę wymiany gazów, względnie ulepszyć warunki utlenienia, zazwyczaj upośledzonego u diabetyków. Przy zastoju sztucznym lub spowodowanym zaburzeniami krążenia bądź lokalnemi, bądź ogólnemi, naczynia włoskowate są przepełnione krwią, barwa ich bywa ciemno-czerwona. Odnoga żylna bardziej bywa rozszerzona niż tętnicza, prąd krwi w niej bywa zwolniony. Badanie naczyń włoskowatych ma doniosłe znaczenie praktyczne, dając możność wczesnego określenia stanu siły popędowej serca (vis a tergo), rozpoznania wczesnych okresów arteriosklerozy, hipertensji różnego pochodzenia. Badanie może nam wyjaśni patogenezę różnych spraw niedokrwistości przekrwienia, skaz krwotocznych, osutkowych, obrzękowych, sprawę oddechania skórnego.

W dyskusji nad odczytem kol. Ingstera o hipnozie zabiera głos kol. Dehnel, zwracając uwagę na to, że mówca nie

wspominał o polskiem piśmiennictwie w tej dziedzinie, n. p. o dziele p Ochorowicza. Kol. Budzyński kwestjonuje długą litanję chorób, jakie wedle mówcy mają leczyć się zapomocą hipnozy. Uważa, że do leczenia tą metodą nadają się stany o podłożu histerycznem, nerwowem. Hipnoza polega na zmęczeniu zmysłów, n. p. wzroku, dlatego do uśpienia po raz pierwszy jest zwykle wymagany dłuższy okres czasu. Chora usypiana, podczas demonstracji, jakoby po raz pierwszy musiała być już poprzednio usypianą; miało się przynajmniej takie wrażenie, ponieważ usnęła bardzo prędko. Kol. Sarnecki podnosi, że mówca nic nie wspomniał o autohipnozie masowej Uważa, że wbrew wywodom mówcy działa jakaś siła, której wyjaśnienie natrafia na trudności. Kol. Puterman prosi o wyjaśnienie jaka zachodzi różnica między snem naturalnym a hipnozą. Kol. Zamieński stwierdza, że hipnoza może nastąpić bardzo prędko i że takowej nie można wywołać znużeniem jakiegoś zmysłu Kol. Gosiewski zwraca uwagę, że prof. Cybulski zapatrywał się na hipnozę jako na zahamowanie pewnych ośrodków ruchowych i psychomotorycznych. Kol Wołkowicz uważa, że piśmiennictwo jakie pozostało po Ochorowiczu jest mało poważne. W odpowiedzi kol. Dehnelowi kol. Ingster podnosi, że piśmiennictwa polskiego o hipnotyzmie nie zna, gdyż nie miał sposobności spotkać się z poważniejszemi dziełami w tej dziedzinie. Ochorowicza uważa za człowieka o bardzo wątpliwej wartości dla nauki. Zapatrywanie jakoby hipnoza polegała na znużeniu zmysłów jest przestarzałe i było co prawda przez jednego z pionierów hipnotyzmu — anglika Braida, podawane jako przyczyna tła hipnotycznego, zostało jednak przez późniejszych badaczy tych zjawisk (Forel i inni) obalone. Kwintesencją hipnozy jest sugestja. Osobiście nie usypia dłużej jak 2—4 minuty. Hipnotyzer nie musi być bynajmniej obdarzony jakąś tajemniczą siłą, wiele jednak zależy od charakteru hipnotyzera. Aczkolwiek bowiem każdy może hipnotyzować. to nie każdy sztukę tę może doprowadzić do udoskonalenia; zależy to od talentu i doświadczenia hipnotyzera. Między snem a hipnozą niema ścisłej granicy. Dawne zapatrywanie jakoby sen naturalny był skutkiem nagromadzenia się pewnych produktów zmęczenia w systemie nerwowym (kw. mlekowy) upadły. Zmęczenie przy zasypianiu odgrywa dużą rolę, nie mniejszą jednak odgrywa autosugestja, że sen nastąpić musi. Zasadniczą różnicą jest tak zwany raport kontakt hipnotyzera z uśpionym, który nawiasem mówiąc może być utracony. Różnica więc jest tylko ilościowa. Teorja hipnozy jak ją rozumiał prof. Cybulski nie jest już aktualną; jako najlepsza uchodzi hipoteza Vogta. Osobiście stosuje hipnozę tylko w tych przypadkach gdzie wszelkie inne metody zawodzą; pozatem uważa hipnozę jako znakomity środek symptomatyczny, dający stosować się bardzo rozlegle, a nawet jako środek rozpoznawczy n. p. przy różniczkowaniu między padaczką a histerją.

Kol Dehnel wygłasza dłuższe przemówienie, poświęcone pamięci ś. p. prof. dr. Sokołowskiego. W gorących słowach wylicza zasługi, jakie ś. p. prof. Sokołowski oddał medycynie działalnością lekarza praktyka. swą pracą dydaktyczną w kole młodych lekarzy. Podkreśla, że ś. p. Sokołowski był jednym z tych, którzy przyczynili się do stworzenia polskiej laryngologji. Był zarazem tym, który starał się na naszym gruncie zaszczepić zasady klimatycznego leczenia gruźlicy i w tym kierunku był twórcą szeregu sanatorjów.

Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Dr. *B. Budzyński*, sekr.

Sprawy zawodowe.

Zarząd Zrzesz. Lek. Kasy Chorych m. Warszawy uprzejmie prosi Sz. Red. o umieszczenie w „P. G. L." następującego wyjaśnienia:

„Nie mając możności zapoznania się z treścią broszury pod tytułem: „O nowelizacji Ustawy Kas Chorych z dnia 8 czerwca 1920 r. projekt Komisji Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. st. Warszawy. W 1924", przed jej wydaniem, Zarząd Zrzeszenia stwierdza, że powyższa broszura jest wyrazem jedynie opinji tej Komisji. Wydrukowanie broszury przez Komisję tłumaczy się nieustannemi napaściami w różnych pismach na lekarzy kasowych".

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

W 1924 roku mija 50 lat od czasu założenia w Lublinie Towarzystwa lekarskiego. W chwili upadku wszystkich instytucyj kulturalnych, istniejących w Lublinie od początku XIX. wieku, jak: Tow. Przyjaciół Nauk, Tow. Rolniczego i innych, które jednoczyły miejscową inteligencję pod względem umysłowym lub towarzyskim, lekarze mieszkający w 1874 roku w Lublinie, — a byli między nimi wychowańcy Śniadeckiego i Poczobuta, uczniowie Chałubińskiego, Mayera i Dietla, zamierzyli stworzyć ognisko wzajemnego kształcenia się i ułatwienia w pracy, a przechodząc od zamiarów do czynu, założyli Towarzystwo lekarskie, które w szybkim czasie zjednoczyło w swych podwojach wszystkich lekarzy lubelskich, a również i zamieszkujących w owe czasy całą byłą gubernię lubelską. Do składu Towarzystwa weszli również farmaceuci i lekarze weterynarji. — Rozpocząwszy działalność, Towarzystwo lekarskie ani na chwilę nie zaprzestało swej kulturalnej pracy, przetrwało wojny turecką i japońską, rewolucję rosyjską i wojnę wszechświatową, a pomimo powołania do wojska podczas wojen wielu ze swoich czynnych członków — pomimo wygnania podczas rewolucji bardzo energicznych i światłych naszych członków, Towarzystwo bez przerwy pracowało nie tylko zawodowo, ale i społecznie, powoławszy do życia cały szereg społeczno-lekarskich instytucyj.

Komitet Jubileuszowy uprzejmie prosi o zawiadomienie przed 20 sierpnia r. b. pod adresem dr Brzezińskiego Adama, Lublin, Krak. Przedmieście Nr. 49, ile osób i kto przybędzie na uroczystość Jubileuszową, a to celem zapewnienia mieszkania. Jednocześnie prosimy o podanie adresu osób, mających przybyć na uroczystość.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie odbyło onegdaj doroczne Walne Zgromadzenie.

W roku sprawozdawczym t. j. od maja 1923 do 1 maja 1924 roku Wydział T-wa odbył 8 posiedzeń, T-wo wystąpiło z protestem przeciw zmianom ustawy antialkoholowej, interwenjowało u władz w dwóch sprawach lokalnych, ważnych z punktu widzenia higjeny społecznej zorganizowano komitet miejscowy III. Zjazdu Higjenistów w Warszawie (8 i 9 czerwca b. r.), który przygotował 10 referatów ze Lwowa — wydano pierwsze trzy zeszyty „Bibljoteczki Higjenicznej" (Doc. dr. Sabatowski „O gruźlicy", dr. Łuczyński „Czy i jak można zapobiec chorobom serca", dr. Krzemicki „O chorobach wenerycznych i higjenie życia płciowego").

Sekcja odczytowa i walki z chorobami wenerycznemi pod kierownictwem dr. Leona Krzemickiego, posiadająca zastęp prelegentów złożony z najwybitniejszych sił naukowych we Lwowie, urządziła 30 wykładów popularnych z rozmaitych działów higjeny, bogato ilustrowanych przeźroczami, w tem 3 wykłady dla wojska, 2 dla młodzieży szkół średnich, 2 wykłady na prowincji. Średnia frekwencja na każdym wykładzie 228 osób. Sekcja posiada 300 przeźroczy, które chętnie wypożycza Sekcja walki z rakiem pod kierownictwem prof. Nowickiego ograniczyła się z powodu braku funduszów do propagandy słownej (2 wykłady) i rozpowszechnieniu broszury (prof. dr. Nowicki: „Rak i jego zwalczanie"). Sekcję walki z alkoholizmem, objął w ostatnich tygodniach prof. dr. Sieradzki i przeprowadza jej propagandę. Ostatnio zorganizowano sekcję higjeny sportu — pod kierownictwem dr. Fuchsa.

Walne Zgromadzenie wybrało przez aklamację prezesem ponownie dr. Jana Opieńskiego, wiceprezesami dr. Leona Krzemickiego i prof dr. Nowickiego; 15 członków wydziału i komisję rewizyjną. Wydział ukonstytuował się następująco: sekretarz stały: Doc. dr. Sabatowski, sekretarz administracyjny dr. Garbień, skarbnik dr. Mosler, członkowie Wydziału prof. Steusing, dyr. dr. Mikołajski, prof. dr. Gröer, prof. dr Sieradzki, dr. Kuhn, dr. Kociuba, dr. Fuchs, dr. Zgórski, dr. Damm, p. Kruzensternowa, X. Dr. Ciemniewski, inż. Mołczański.

Wkładka roczna wynosi 2 zł., adres: Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie, ul. Senatorska 5., parter. Godziny urzędowe 11—12 i od 5—6.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Delegatami docentów do Rady Wydziału lekarskiego zostali: dr. Wacław Łapiński (ponownie) i dr. Władysław Szenajch. Na delegata ze strony Wydziału lekarskiego do Senatu powołano prof. Antoniego Leśniowskiego.

Habilitowali się jako docenci: dr. Wł. Jakowicki z zakresu położnictwa i ginekologji i dr. Marjan Dobrowolski z zakresu botaniki na oddziale farmaceutycznym Wydziału lekarskiego.

Wydział lekarski przedstawił do zatwierdzenia przez Ministerstwo doc. dr. Ludwika Paszkiewicza jako profesora zwyczajnego na katedrę Anatomji patologicznej, oraz jako docentów: dr. Leona Karwackiego z zakresu patologji ogólnej i dr. Stefana Sterling-Okuniewskiego z zakresu patologji i terapji chorób wewnętrznych.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urządza wykłady dopełniające dla lekarzy w roku bieżącym, które będą trwały od 22 września do 4 października. Zgłosili wykłady: Pr. Czyżewicz (położnictwo i choroby kobiece), Pr Dzieżgowski (higjena), Pr. Erbrich (laryngologja), Pr. Gluziński (choroby wewnętrzne). Pr. Grzywo-Dąbrowski (medycyna sądowa), Pr. Konopacki (histologja), Pr. Kryński (chirurgja operacyjna), Pr. Krzyształowicz (choroby skórne i weneryczne), Pr. Leśniowski (chirurgja), Pr. Jan Mazurkiewicz (psychjatrja), Pr. Michałowicz (choroby wieku dziecięcego), Pr. Modrakowski (farmakologja), Pr. Nitsch (bakterjologja), Pr. Noiszewski (choroby oczu), Pr. Orzechowski (choroby układu nerwowego), Pr. Paszkiewicz (anatomja patologiczna), Pr. Radliński (chirurgja), Pr. Rzętkowski (choroby wewnętrzne), Pr. Sawicki (szpitalnictwo), Pr. Venulet (patologja ogólna).

Zapisywać się można na wszystkie lub poszczególne wykłady. Zapisy będą trwały do dnia 10 września r. b. Wszelkich bliższych informacyj udziela przewodniczący Komisji organizującej wykłady Pr. Leśniowski, Warszawa ul. Widok 10.